

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

*Travail de la Clinique des Maladies syphilitiques et cutanées de l'Hôpital  
Saint-Louis. — Service de M. le professeur Gaucher.*

# DE LA SYPHILIS ACQUISE CHEZ LES HÉRÉDO-SYPHILITIQUES

29

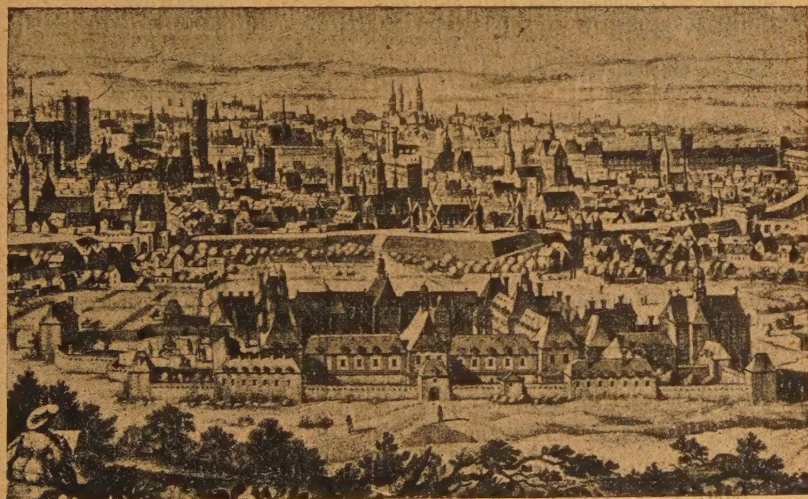
THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le mercredi 10 Mai 1905, à 1 heure*

PAR

**Paul ROSTAINE**

Ancien Interne des Hôpitaux



## L'Hospital Saint-Louis en 1620

Président : M. E. GAUCHER

MM. BRISSAUD

Juges

TESSIER

LEGRY

} Professeurs

} Agrégés

PARIS

G. JACQUES, Éditeur

14, Rue Hautefeuille, 14

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

| <b>Doyen.....</b>                                                  | <b>Professeurs.....</b> | <b>M. DEBOVE.</b> |
|--------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------|
| Anatomie .....                                                     |                         | MM.               |
| Physiologie .....                                                  |                         | POIRIER.          |
| Physique médicale .....                                            |                         | Ch. RICHET.       |
| Chimie organique et chimie minérale.....                           |                         | GARIEL.           |
| Histoire naturelle médicale.....                                   |                         | GAUTIER.          |
| Pathologie et thérapeutique générales .....                        |                         | BLANCHARD.        |
| Pathologie médicale.....                                           |                         | BOUCHARD.         |
| Pathologie chirurgicale.....                                       |                         | HUTINEL.          |
| Anatomie pathologique .....                                        |                         | BRISSAUD.         |
| Histologie.....                                                    |                         | LANNELONGUE.      |
| Opérations et appareils.....                                       |                         | CORNIL.           |
| Pharmacologie et matière médicale.....                             |                         | MATHIAS DUVAL.    |
| Thérapeutique.....                                                 |                         | N.                |
| Hygiène.....                                                       |                         | POUCHET.          |
| Médecine légale.....                                               |                         | GILBERT.          |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie.....                    |                         | CHANTEMESSE.      |
| Pathologie comparée et expérimentale.....                          |                         | BROUARDEL.        |
|                                                                    |                         | DEJERINE.         |
|                                                                    |                         | ROGER.            |
|                                                                    |                         | DEBOVE.           |
| Clinique médicale.....                                             |                         | LANDOUZY.         |
|                                                                    |                         | HAYEM.            |
| Clinique des maladies des enfants.....                             |                         | DIEULAFOY.        |
| Clinique des maladies syphilitique .....                           |                         | GRANCHER.         |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale..... |                         | GAUCHER.          |
| Clinique des maladies nerveuses.....                               |                         |                   |
|                                                                    |                         | JOFFROY.          |
|                                                                    |                         | RAYMOND.          |
| Clinique chirurgicale.....                                         |                         | LE DENTU.         |
|                                                                    |                         | TERRIER.          |
|                                                                    |                         | BERGER.           |
|                                                                    |                         | RECLUS.           |
| Clinique ophtalmologique.....                                      |                         | Dr de LAPERSONNE. |
| Clinique des voies urinaires.....                                  |                         | GUYON.            |
| Clinique d'accouchements.....                                      |                         | PINARD.           |
|                                                                    |                         | BUDIN.            |
| Clinique gynécologique.....                                        |                         | POZZI.            |
| Clinique chirurgicale infantile.....                               |                         | KIRMISSON.        |

## Agrévés en exercice :

| MM.          | MM.        | MM.        | MM.             |
|--------------|------------|------------|-----------------|
| AUYRAY.      | DUPRÉ.     | LEGUEU     | RICHAUD.        |
| BALTHAZARD.  | DUVAL.     | LEPAGE.    | RIEFFEL, chef   |
| BEZANÇON.    | FAURE.     | MACAIGNE.  | des trav. anat. |
| BRANCA.      | GOSSET.    | MAILLARD.  | TEISSIER.       |
| BRINDEAU     | GOUGET.    | MARION.    | THIROLOIX       |
| BROCA André. | GUIART.    | MAUCLAIRE. | VAQUEZ.         |
| CARNOT.      | JEANSELME. | MERY.      | WALLICH.        |
| CLAUDE       | LABBE.     | MORESTIN.  |                 |
| CUNEO.       | LANGLOIS.  | POTOCKI.   |                 |
| DEMELIN.     | LAUNOIS.   | PROUST.    |                 |
| DESGREZ.     | LEGRY.     | RENON.     |                 |

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798; l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR GAUCHER

*Hommage de profonde et respectueuse reconnaissance*

*A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX*

EXTÉRNAT

|                                |             |
|--------------------------------|-------------|
| M. le Professeur agrégé WIDAL  | (1898-1899) |
| M. le Professeur GAUCHER       | (1899-1900) |
| M. le Professeur agrégé OUVRAY | (1900-1901) |

INTERNAT

|                                  |             |
|----------------------------------|-------------|
| M. le Docteur TOUPET             | (1901-1092) |
| M. le Professeur agrégé TROISIER | (1901-1902) |
| M. le Professeur GAUCHER         | (1902-1903) |
| M. le Professeur agrégé Widal    | (1904-1905) |

MM. COURTOIS-SUFFIT, HUDELO, LESUÉ, MACAIGNE, SERGENT, MÉDECINS DES HOPITAUX

# DE LA SYPHILIS ACQUISE

## CHEZ LES HÉRÉDO-SYPHILITIQUES

---

### INTRODUCTION

On croit en général que les hérédosyphilitiques ne peuvent pas contracter la syphilis. Cette croyance règne un peu partout, mais surtout dans le monde extra-médical.

Nous avons connaissance d'un cas bien caractéristique à ce sujet. Un père au moment où son fils eut fini ses études, l'avertit qu'il avait contracté autrefois la syphilis, et lui recommanda s'il lui advenait de contracter une maladie vénérienne d'en prévenir son médecin afin de lui éviter de commettre une erreur, afin de l'empêcher de penser à la syphilis contre laquelle il était préservé par l'infection paternelle. Pour cet homme la syphilis qu'il avait contractée avant la naissance de son fils mettait celui-ci absolument à l'abri de la contagion. Il fallait que cette idée fût bien ancrée dans son esprit pour le décider à faire un aveu pénible à son fils.

Tarnowski cite un cas semblable. Le malade dont il s'agit était atteint d'une syphilis incontestable et il fallait lui prescrire un traitement de longue durée. « Mais, dit l'auteur, notre client s'y opposa énergiquement et refusa de prendre les pilules de sublimé que nous lui prescrivîmes. Il nous dit n'avoir

eu des rapports qu'avec les prostituées depuis vingt ans et avoir eu plusieurs fois des ulcérations de même nature que celle qui l'amenaient à nous consulter et qui avaient toujours guéri sans conséquences aucunes ; du reste, disait-il, il ne pouvait être infecté à nouveau, puisque son père avait eu la syphilis et qu'il était né après cette infection. Il était fermement convaincu de son invulnérabilité quant à la syphilis et son père lui en avait parlé dans sa toute première jeunesse ; plus tard, il avait eu maintes occasions de se convaincre de l'impunité de ses relations avec des femmes syphilitiques. »

Ces deux exemples ne sont pas des exceptions et n'ont pas lieu de nous étonner, car de nombreuses erreurs circulent dans le monde touchant les choses médicales. Mais parmi les médecins la même opinion règne d'une façon générale. Cette erreur tient à ce que jamais la question de la syphilis acquise par les hérédosyphilitiques ne fut posée d'une façon nette. Il y a des degrés dans l'hérédosyphilis dont on ne tient pas compte. On parle en bloc des hérédosyphilitiques sans distinguer parmi eux des classes créées par la nature, par la virulence des lésions qu'ils présentent.

Pour la première fois la question fut posée d'une façon claire en 1903 par Monsieur le Professeur Gaucher. C'est lui qui nous donna l'idée d'étudier cette question et c'est guidé par ses conseils que nous avons entrepris ce travail.

Dans une des leçons cliniques qu'il professa au cours de l'année 1903, il posa le problème d'une façon nouvelle et montra que c'est seulement dans certaines conditions que l'hérédosyphilis immunise contre l'infection syphilitique.

Nous ne saurions mieux faire que de reproduire la partie de cette leçon clinique qui est la base, le point de départ de notre thèse. Monsieur le Professeur Gaucher s'exprime ainsi :

» Voici une malade âgée de vingt et un ans. Vous la recon-

» naissez au premier coup d'œil, avec son front olympien, son

» nez-écrasé à la base, ses dents striées et atrophiées, pour

» une hérédosyphilitique.

» L'enquête, d'ailleurs, confirme en partie ce diagnostic : le

» père est mort jeune et la mère a fait deux fausses couches  
» sur cinq grossesses.

» Mais ce n'est pas sur cette symptomatologie que je veux  
» attirer votre attention. Cette femme présente, outre les stig-  
» mates que je viens d'énumérer, une syphilis en pleine acti-  
» vité, récemment acquise, qui se traduit par des plaques mu-  
» queuses vulvaires, une éruption papuleuse disséminée et une  
» syphilide pigmentaire du cou des plus nettes, son chancre  
» remonte à quatre mois. — Voilà donc une hérédo-syphiliti-  
» que qui vient de contracter la syphilis !

« Est-ce là un fait anormal, extraordinaire, contraire à  
» tout ce que nous savons ? Ou bien commettons-nous une  
» erreur ? Non, Messieurs, je me hâte de le dire, il n'y a rien  
» là qui doit vous étonner, et cette observation m'amène à  
» vous présenter quelques considérations relatives à la pré-  
» servation que peut conférer la syphilis héréditaire vis-à-vis  
» une nouvelle infection syphilitique.

» Plusieurs éventualités peuvent se présenter ; nous allons  
» juger chacune d'elles par un exemple :

« *Premier cas.* — Il y a quelque temps, je voyais chez moi  
» un de mes clients, syphilitique depuis vingt-six ans environ.  
» Cet homme s'était traité convenablement, s'était marié dans  
» les délais requis, et avait eu trois beaux enfants, tous très  
» bien portants, sans la moindre tare. Sa syphilis était restée  
» silencieuse pendant des années, mais elle venait de se réveil-  
» ler sous la forme d'une exostose frontal qui guérit d'ailleurs  
» facilement sous l'influence du traitement spécifique. Or, cu-  
» rieuse coïncidence, au moment où je soignais cet homme  
» pour son exostose du crâne, son fils aîné, âgé de vingt ans,  
» venait me consulter pour un chancre syphilitique de la verge,  
» et, peu de temps après, son deuxième fils, âgé de dix-huit  
» ans, me montrait un accident identique.

« Voilà donc un premier fait : un père syphilitique engendre  
» des enfants sains capables de contracter la syphilis. La  
» syphilis du père n'a donc pas immunisé les enfants.

« *Deuxième cas.* — Je vous ai montré, à une précédente

» leçon un jeune garçon de quinze ans chez lequel l'hérédosyphilis est certaine. L'enquête familiale nous l'a révélée, et cette hérédité syphilitique se traduit chez lui par sa très petite taille et par des lésions dentaires dont l'atrophie cuspidienne des molaires est la plus saillante. Or ce garçon était atteint d'une syphilide papuleuse disséminée, c'est-à-dire d'une syphilis récente dont l'accident primitif remontait à trois mois. Voilà donc un homme dystrophié par l'hérédosyphilis, qui contracte la syphilis.

« *Troisième cas* représenté par la malade que vous venez de voir. Cette femme est bien aussi une dystrophiée par la syphilis puisqu'elle a le front olympien, des altérations dentaires caractéristiques, le crâne asymétrique ; mais elle n'est pas seulement une dystrophiée, elle a reçu de ses parents la syphilis *en nature*, car l'écrasement de la base du nez n'est pas le fait d'un trouble de nutrition mais le résultat d'une ostéite locale, c'est-à-dire d'une lésion syphilitique tertiaire. Et cependant, cette femme vient aussi de contracter la syphilis. C'est là un cas plus rare, très rare même. J'en connais très peu d'exemples. M. Edmond Fournier m'en a communiqué deux retrouvés en compulsant les notes de son père. La syphilis héréditaire tardive, tertiaire ne paraît pas suffisante pour préserver d'une contagion syphilitique ultérieure. Vous voyez donc que l'hérédosyphilis ne confère pas à ses victimes l'immunité à l'égard de la syphilis acquise. Les enfants issus de parents syphilitiques, qu'ils soient sains ou dystrophiés, ou même atteints de lésions tertiaires, peuvent contracter la syphilis.

« Les seuls parmi les hérédosyphilitiques, qui doivent vraisemblablement bénéficier de l'immunité envers la syphilis, sont ceux qui sont atteints de syphilis infantile proprement dite, ceux qui présentent, à la naissance ou peu de temps après, les accidents secondaires caractéristiques de la syphilis héréditaire, de l'infection syphilitique *in utero*. Ceux-là doivent être véritablement vaccinés ou, au moins, il faut l'admettre jusqu'à preuve du contraire, jusqu'à ce qu'un

» médecin observateur, comme il y en a tant, vienne nous  
« montrer, porteur d'un chancre induré, un jeune homme  
« qu'il aurait observé lui-même à sa naissance et qui aurait  
« été atteint vingt ans plus tôt de syphilis infantile ».

L'hérédo-syphilis est dès lors envisagée comme elle doit l'être, c'est-à-dire sous les différents aspects qu'elle peut présenter. On peut dire qu'il y a plusieurs degrés dans l'hérédo-syphilis qui se comportent chacun d'une façon particulière vis-à-vis la syphilis acquise.

Jusqu'ici la question n'avait donc pas été envisagée sous son véritable jour. Il est en effet nécessaire quand on parle d'hérédo-syphilis de spécifier nettement sous quelle forme elle se manifeste. Il y a une différence considérable entre l'hérédo-syphilitique dystrophie porteur de lésions dentaires et celui qui présente des accidents d'hérédo-syphilis secondaire et tertiaire.

Il est donc indispensable d'établir des classes d'hérédo-syphilitiques. Pour nous cette division rend notre étude plus claire, plus exacte en montrant comment chacune de ces classes se comporte à l'égard de la syphilis acquise. Elle nous permet de graduer l'immunité conférée par l'hérédo-syphilis suivant la virulence de l'infection héréditaire.

Dans ses leçons professées à l'hôpital Saint-Louis pendant l'année 1904 Monsieur le professeur Gaucher a divisé l'hérédo-syphilis suivant ses manifestations en classes répondant à des types cliniques différents et à des degrés dans la virulence de l'affection transmise. Il ne se place pas au point de vue de la syphilis acquise par les hérédo-syphilitiques, mais étudie les manifestations de l'hérédo-syphilis chez les enfants nés à terme et vivants. « Ces manifestations (1), dit-il, peuvent se pro-  
» duire de manières diverses et multiples pendant toute l'exis-  
» tence, car syphilis héréditaire ne veut pas dire seulement  
» syphilis congénitale ou syphilis infantile, elle comprend

(1) Ces leçons ne sont pas encore publiées et nous remercions vivement Monsieur le professeur Gaucher de nous avoir autorisé à utiliser ce que nous y avons trouvé d'important pour la thèse que nous soutenons.

» tous les accidents qui dérivent de l'hérédité syphilitique,  
 » depuis la naissance jusqu'à une période plus ou moins avan-  
 » cée de la vie.

» Il est nécessaire de classer ces manifestations multiples  
 » pour vous les exposer avec ordre : on a quelquefois l'habitude  
 » de les classer en deux groupes : 1<sup>o</sup> les manifestations de ce  
 » qu'on a appelé la syphilis héréditaire précoce, 2<sup>o</sup> celles de la  
 » syphilis héréditaire tardive. Mais je crois que cette classi-  
 » fication n'est pas tout à fait exacte car, dans la syphilis  
 » héréditaire dite précoce, il y a des lésions d'âges syphiliti-  
 » ques très différents ; vous avez vu par exemple, à propos des  
 » accouchements prématurés, que certains fœtus naissent avec  
 » des dystrophies qui sont des lésions tardives d'une infection  
 » lointaine et atténuée, tandis que d'autres viennent au monde  
 » porteurs des lésions généralisées de la syphilis secondaire.

» Nous ne pourrions donc conserver cette classification qu'en  
 » spécifiant bien que les accidents de syphilis qui surviennent  
 » aussitôt après la naissance ou dans les premiers mois sont  
 » d'âges différents, qu'il peut y avoir des accidents héréditai-  
 » res, secondaires, tertiaires, des parasyphilis et des dystrophies.

» Au point de vue scientifique, nous classerons ainsi ces  
 » manifestations :

» 1<sup>o</sup> L'HÉRÉDO-SYPHILIS SECONDAIRE. — Cette hérédo-syphilis  
 » secondaire est analogue au point de vue de ses manifesta-  
 » tions à la syphilis secondaire acquise des nouveau-nés ; la  
 » seule différence, c'est que, dans la syphilis héréditaire, il  
 » n'y a pas de chancre, pas d'accident primitif de l'infection ;  
 » l'enfant est syphilitique d'emblée, soit par la voie sanguine  
 » si la mère a été contagionnée pendant la grossesse, soit par  
 » imprégnation ovulaire s'il s'agit d'une syphilis maternelle  
 » antérieure ou contemporaine à la conception, soit par infec-  
 » tion ovulaire provenant du père, dans le cas où la syphilis,  
 » est d'origine paternelle.

» Dans tous ces cas, le fœtus est d'emblée atteint de syphilis  
 » secondaire fœtale ou, comme on dit encore, de *syphilis déca-*  
 » *pitée* (l'expression est, je crois, de M. Fournier) mais à part

» la différence d'origine et l'absence de chancre, elle a tous les  
» caractères de la syphilis secondaire acquise et lui est absolument comparable.

» Comme la syphilis secondaire acquise, elle porte sur l'organisme tout entier ; elle est généralisée et diffuse, elle atteint la peau et les viscères et même, plus généralisée que la syphilis acquise, elle porte presque constamment sur les os. On l'appelle quelquefois syphilis congénitale ou syphilis héréditaire précoce, noms inexacts ainsi que je l'ai dit tout à l'heure, puisqu'il peut y avoir des accidents congénitaux qui, par leur forme et leur localisation, ont les caractères d'accidents de la période tertiaire et même d'accidents dûs à une syphilis atténuée et dégénérée.

« 2° L'HÉRÉDO-SYPHILIS TERTIAIRE. — On peut observer cette syphilis tertiaire chez des enfants qui ont déjà présenté des accidents d'hérédo-syphilis secondaire, mais elle peut exister d'emblée, c'est-à-dire que la période secondaire s'étant passé antérieurement, dans l'utérus, ou même ayant fait complètement défaut, sans laisser de manifestations visibles à la naissance, l'enfant n'est plus atteint au moment de la naissance que de lésions tertiaires, phénomène qui peut tenir soit à l'époque de la contamination intra-utérine, soit à la virulence atténuée de la syphilis des géniteurs.

» Ordinairement les manifestations de la syphilis héréditaire tertiaire sont tardives, mais quelquefois, on observe, primitivement ou consécutivement à des accidents secondaires congénitaux, une hérédo-syphilis tertiaire *précoce*, se manifestant dans les premiers mois ou la première année.

» 3° L'HÉRÉDO-SYPHILIS QUE NOUS POUVONS APPELER QUATERNAIRE, QUI COMPREND LES LÉSIONS DITES DE PARA-SYPHILIS. — Cette syphilis quaternaire peut avoir été précédée et même être accompagnée de syphilis secondaire ou d'accidents tertiaires ; mais elle peut aussi exister d'emblée et seule. Elle peut alors se manifester à toutes les périodes de l'existence depuis l'évolution fœtale jusqu'à un âge avancé.

« Ces accidents quaternaires relèvent alors d'une syphilis

» plus atténuée que les accidents tertiaires, atténuée par le  
 » temps et le traitement des géniteurs. Si ces accidents sont  
 » accompagnés d'accidents tertiaires et même, plus rarement,  
 » d'accidents secondaires, ces accidents tertiaires et secondaires  
 » sont d'origine et de nature syphilitiques tandis que les  
 » lésions parasymphilitiques héréditaires sont comme les affec-  
 » tions parasymphilitiques acquises, d'origine, mais non de  
 » nature syphilitique. Cependant, exceptionnellement elles  
 » peuvent être influencées par le traitement.

» 4° LES MANIFESTATIONS DE CE QU'ON PEUT APPELER LA SYPHILIS  
 » HÉRÉDITAIRE DYSTROPHIQUE, QUI SONT DES MALFORMATIONS CONGÉNI-  
 » TALES, DÉVELOPPÉES *in utero* SOUS L'INFLUENCE DE L'HÉRÉDITÉ SYPHI-  
 » LITIQUE, MALFORMATIONS PRODUITES PAR LE TROUBLE EXERCÉ SUR LA  
 » NUTRITION ET SUR L'ÉVOLUTION DE L'ÊTRE PAR L'INTOXICATION SYPHI-  
 » LITIQUE. — C'est, si l'on veut une *syphilis quintaire*, ou  
 » syphilis au cinquième degré, reliquat d'une infection encore  
 » plus ancienne, bien que ces dystrophies puissent être aussi,  
 » dans certains cas, accompagnées de lésions d'origine et de  
 » nature syphilitiques. »

Ces quatre grandes divisions permettent d'examiner la question de la syphilis acquise chez les hérédosymphilitiques sous tous les aspects qu'elle peut présenter. Elles montrent nettement que les hérédosymphilitiques ne reçoivent pas tous de leurs parents une infection de virulence constante et elles font pressentir que l'immunité reçue du fait de l'infection héréditaire n'est pas la même dans tous les cas et qu'elle comporte des degrés. Nous étudierons l'hérédosyphilis en examinant successivement chacune de ces classes, en recherchant si elle préserve les individus qui en sont atteints de la contagion syphilitique, ou si elle n'a aucune action contre la syphilis acquise.

Mais avant d'aborder cette étude nous nous occuperons des descendants de syphilitiques nés sains sans aucune tare héréditaire et qui ne sont pas à proprement parler des hérédosymphilitiques.

## CHAPITRE PREMIER

### LA SYPHILIS ACQUISE CHEZ LES DESCENDANTS DE SYPHILITIQUES N'AYANT JAMAIS PRÉSENTÉ D'ACCIDENT DE SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

Avant d'étudier la syphilis acquise chez les hérédosyphilitiques proprement dits, il faut rechercher comment les descendants de syphilitiques n'ayant jamais présenté d'accident d'hérédosyphilis se comportent vis-à-vis de la syphilis acquise.

Un enfant né sain de parents syphilitiques n'est pas en effet un hérédosyphilitique suivant la terminologie classique car il n'a hérité d'aucune tare pathologique apparente. Il n'est donc pas syphilitique.

Cependant qu'il nous soit permis d'ouvrir ici une parenthèse et de soulever un point de discussion. Parmi ces descendants de syphilitiques exempts d'hérédosyphilis il en est qui après un temps parfois très long ont des accidents d'hérédosyphilis tertiaire. Pendant notre internat dans le service de Monsieur le Professeur Gaucher nous en avons observé plusieurs exemples. Des individus qu'on pouvait considérer jusque-là comme indemnes de toute tare héréditaire apparaissent brusquement comme des hérédosyphilitiques par l'éclosion d'accidents caractéristiques. Il s'agit là d'hérédosyphilis tardive dont voici deux cas bien typiques.

OBS. I. — Personnelle. — *Hérédosyphilis tardive chez un homme de 48 ans. — Syphilides papulo-tuberculeuses des bras. — Syphilome infiltré du voile du palais.* — Le nommé D., âgé de 48 ans entre à l'Hôpital Saint-Louis le 29 novembre 1903 dans le service du Professeur Gaucher. Depuis six mois ce

malade présente des placards de syphilides papulo-tuberculeuses des bras dont quelques unes sont cicatrisées. Ces placards sont disposés en groupes circonscrits.

En l'examinant on trouve deux groupes de syphilides papulo-tuberculeuses l'un au niveau des coudes, l'autre sur la face externe du bras droit. On voit encore quelques cicatrices blanches et lisses sur les avant-bras, témoignant d'éruptions antérieures ayant guéri spontanément. De plus sur les ailes du nez on trouve quelques syphilides tuberculeuses.

Le malade dit n'avoir jamais eu de chancre et n'avoir eu aucune affection. Il a eu le bras gauche cassé comme en témoigne un cal volumineux siégeant à la partie inférieure de l'humérus.

En examinant plus complètement ce malade on trouve un syphilome infiltré du voile du palais et de la partie correspondante de la voûte palatine, qui est légèrement ogivale. Sur la voûte palatine existe encore un semis de syphilides tuberculeuses.

En interrogeant longuement le malade on n'arrive pas à découvrir la moindre trace de syphilis acquise. Il a eu neuf enfants dont sept sont encore vivants et bien portants ; les autres sont morts d'accidents. Sa femme n'a jamais fait de fausse couche.

On fit au malade des piqûres journalières de benzoate de mercure, on lui donna quatre grammes d'iodure et le 15 décembre 1903 il quitta l'hôpital complètement guéri.

OBS. II (1). — M. le Professeur Gaucher. — *Syphilis héréditaire tardive chez un homme de 43 ans. — Syphilides ulcéreuses de l'abdomen et de la partie supérieure des cuisses.* — Il s'agit d'un homme de 43 ans qui est entré dans le service de mon maître le professeur Gaucher en 1903, pour cette vaste plaie recouvrant tout le bas-ventre et le haut des cuisses, la région pubienne, le scrotum et le fourreau de la verge.

Cicatrisée en partie à son centre, cette plaie est limitée par des bords saillants, rouges, épais formant bourrelet et disposés en segment de cercle et formant dans l'ensemble une lésion aussi typique que possible de nature spécifique.

Cette lésion avait débuté à 34 ans ; elle avait toujours été en progressant ; — mais dès qu'elle fut soumise à un traitement spécifique elle s'arrêta et guérit complètement en l'espace de quelques semaines.

Le diagnostic de syphilis aurait donc été confirmé par l'influence merveilleuse du traitement, s'il avait eu besoin de l'être.

(1) Publiée par Edm. Fournier. *Soc. de dermat.*

Or le malade, interrogé d'une façon très serrée, niait tout antécédent de syphilis. Jamais il n'a eu d'érosion, d'éruption, rien qui puisse faire penser à de la syphilis acquise.

Malheureusement il ne peut donner des renseignements très précis sur ses antécédents ; il a perdu ses parents tout jeune ; il sait seulement qu'il a eu plusieurs frères et sœurs et qu'il est le seul survivant.

Il sait qu'il a été un enfant très chétif, très difficile à élever, qu'il a eu à différentes reprises des convulsions ; qu'il a eu durant de longues années des maux d'yeux et des écoulements d'oreilles.

Ce malade a été opéré d'une cataracte congénitale double dans l'enfance ; à droite le milieu reste parfaitement transparent, mais à gauche il existe un reste de cataracte capsulaire.

En outre il existe du nystagmus et du strabisme divergent.

L'examen du fond de l'œil a permis au Dr Antonelli de constater qu'il existait, outre des plaques d'atrophie chorio-rétinienne péri-papillaire des deux yeux, des stigmates rudimentaires, qui pour lui ne peuvent laisser aucun doute sur l'origine hérédosyphilitique du malade.

Joint à quelques cicatrices disséminées sur le corps mais sans grand caractère, à la carie précoce et totale des dents, à la diminution très accusée de l'ouïe du côté gauche, au développement très tardif et très limité de l'intelligence, ces stigmates ne me paraissent pas laisser de doute possible sur la souche syphilitique du malade et sur la nature syphilitique héréditaire tardive de la lésion dont je vous présente aujourd'hui la photographie.

Ces deux malades se sont donc manifestés comme des hérédosyphilitiques l'un à 48 ans, l'autre à 43 ans. Jusque-là l'affection était restée cachée, sans avoir influé en aucune façon sur les individus qui en étaient porteurs ni sur leur descendance. On peut se demander si dans nombre de cas l'hérédosyphilis ne reste pas latente durant toute la vie. Quelles sont les causes qui déterminent l'apparition de ces accidents tardifs ? on les ignore. Peut-on invoquer la fatigue, le surmenage qui mettent l'organisme en état de moindre résistance ? Une observation de Monsieur le Professeur Fournier rapportée par Edmond Fournier dans sa thèse semble bien plaider en faveur de cette opinion. Mais ce n'est là qu'un cas isolé et nous n'entendons nullement en tirer une conclusion.

OBS. III. — M. le Pr. Fournier (1). — *Syphilis héréditaire tardive à manifestations graves. — Absence absolue de tout stigmate dystrophique.* — Mme X..., actuellement âgée de 25 ans, est née d'un père qui a contracté la syphilis huit à neuf ans avant son mariage et d'une mère qui paraît être restée indemne de toute manifestation suspecte. Cette dernière dame précise même que, dans la première année de son mariage, alors qu'elle était enceinte de l'enfant destinée à devenir Mme X..., son mari « fut repris d'accidents de son ancienne maladie et traité par le mercure ».

L'enfant naquit saine et resta telle jusqu'à l'âge de sept ans, époque à laquelle elle fut affectée d'une ophtalmie qui dura longtemps et d'une éruption de boutons sur le visage. Cette éruption a laissé sur une joue de petites cicatrices qui, bien que très peu apparentes, rappellent exactement les cicatrices spécifiques, au double point de vue de leur orbicularité individuelle et de leur groupement général « en bouquet ».

Mariage à vingt ans. — A ce moment énorme surmenage de vie mondaine (veillées, bals, soupers, voyages. etc.)

Fatigue générale, anémie.

Deux ans plus tard, début d'un coryza qui persiste et dégénère en un véritable jettage purulent. Puis, ozène. Alors seulement on s'inquiète, et le diagnostic, longtemps dévié, rentre dans la droite voie. Mais institué trop tardivement, le traitement spécifique reste impuissant à modifier des lésions accomplies de nécrose.

Quand je vois Mme X..., pour la première fois, en 1888, je constate des nécroses disséminées vers le vomer, les os palatins, l'apophyse horizontale du maxillaire. En outre processus gommeux, ayant envahi la luette et la portion avoisinante du voile palatin. Elimination successive de séquestres nombreux, les uns petits, d'autres volumineux.

En 1890, en dépit d'un traitement énergique, nouvelle invasion gommeuse vers le voile, aboutissant à une double perforation. Guérison seulement accomplie en 1891.

Je n'ai fait qu'énoncer d'une façon toute sommaire les incidents qui signalèrent cette dernière phase de la maladie. Ce qu'en revanche je tiens à bien préciser, c'est que la malade ne rappelait par aucune particularité de son habitus et de sa physionomie l'objectivité usuelle de l'hérédo-syphilis. Elle est d'une taille moyenne ; elle offre une peau d'une rare blancheur et des dents superbement conformées. Elle jouit du renom mérité de très jolie femme. Elle est

(1) In Thèse Edm. Fournier.

indemne de toute malformation du crâne, des tibias, des membres etc. Immunité absolue des yeux et des oreilles.

En un mot, absence absolue sur elle de tout stigmate dystrophique d'hérédo-syphilis.

Nous ne tendons nullement en rapportant ces faits à faire admettre que tout descendant de syphilitique est un hérédosyphilitique en puissance mais nous voulons seulement appeler l'attention sur ces cas vraiment curieux où une lésion hérédosyphilitique peut ne se manifester que vingt ou quarante ans après la naissance. On peut en effet se demander si ces hérédosyphilitiques en puissance sont capables de contracter la syphilis comme les individus sains ou s'ils portent en eux une immunité que confère habituellement les lésions d'hérédosyphilis tertiaire. Malheureusement nous n'avons aucun cas qui nous permette d'apporter une opinion ferme à cet égard. On ne peut savoir si de semblables malades se sont exposés antérieurement à la contagion syphilitique. Il y a là une inconnue fort difficile à déchiffrer il est vrai, mais nous avons voulu la signaler aux observateurs car il serait intéressant de savoir si un individu en puissance d'hérédosyphilis tertiaire est capable de contracter la syphilis.

Mais revenons aux descendants de syphilitiques qui n'ont jamais manifesté la moindre tare hérédosyphilitique.

Là encore il est nécessaire d'établir des divisions.

I. — Les descendants de syphilitiques peuvent être conçus à un moment où l'infection du ou des ascendants est absolument éteinte. Cette infection peut ne jamais plus se réveiller. Dans ce cas il est tout à fait probable que la syphilis des parents n'aura aucune action immunisante pour l'enfant, car on s'explique que l'infection atténuée au point de ne déterminer aucun accident chez l'individu qui en est porteur ne puisse pas créer l'immunité chez le descendant. Les cas de syphilis acquise chez des descendants de syphilitiques se présentant dans ces conditions sont fréquents et nous n'y insisterons pas. Ces enfants de syphilitiques contractent la syphilis comme les individus indemnes de toute tare héréditaire et l'infection pa-

ternelle ou maternelle atténuée ne leur confère aucune immunité. Nous citerons une observation seulement comme exemple.

Obs. IV! — M. le Professeur Gaucher. — *Syphilis acquise chez le fils d'un syphilitique ne présentant pas d'accidents syphilitiques au moment de la conception et n'en ayant pas présenté depuis.* — Il s'agit d'un homme de 25 ans qui vient me consulter le 15 décembre 1903 pour des accidents génitaux. Il présentait à ce moment trois ulcérations évidées et dures situées sur la partie gauche de la verge, deux sur le prépuce cutané et une dans le sillon, près du frein. Il avait de plus dans le pli inguinal gauche de gros ganglions indurés et peu douloureux apparus en même temps que les chancres. Quatre jours après je revis le malade et je portai le diagnostic de chancres syphilitiques indurés certains.

Le père de ce jeune homme avait eu la syphilis à 20 ans; il s'était très peu traité, s'était marié à 25 ans et malgré l'insuffisance de soins il avait eu cinq enfants très bien constitués et bien portants sa femme n'avait jamais fait de fausse couche et lui-même n'avait jamais présenté le moindre accident syphilitique.

Il était mort en mars 1897 d'infection urinaire consécutive à un rétrécissement urétral et à des sondages mal faits.

L'évolution de la syphilis de notre malade ne fut pas bénigne.

Le 24 décembre les chancres s'étaient étendus surtout celui qui était situé au-dessous du frein. Il existait de la lymphangite du dos de la verge aboutissant aux ganglions. — Le traitement est institué.

Le 4 janvier 1904 les chancres sont en train de guérir et il existe depuis 8 jours une éruption de syphilides papuleuses étendues à la face même. Le 26 janvier on observe une éruption de syphilides tuberculo-squameuses sur tout le corps même à la face. La verge est guérie. Le traitement est continué.

Le 17 mai. Le traitement a été interrompu depuis le 29 avril. Il existe des syphilides papulo-croûteuses disséminées et des plaques muqueuses de la gorge. On reprend le traitement.

7 juillet 1904. Depuis le 17 mai le traitement n'a pas été interrompu et cependant il persiste encore quelques papules sur les avant-bras et même on trouve une petite gomme au coude droit.

22 septembre 1904. Malgré la continuation du traitement au commencement d'août le malade présente du catharre nasal, le 5 septembre apparaît une gomme de la voûte palatine, le 8 août une perforation palatine se produit et le 13 du même mois, il élimine

un sequestre osseux. Je prescris dès lors 3 centigrammes de benzoate de mercure en injections sous-cutanées et 6 grammes d'iodure de potassium.

29 septembre 1904. La perforation se rétrécit beaucoup surtout à la partie profonde où elle est obturée. Les liquides ne reviennent pas par le nez.

11 octobre 1904. Il persiste une perforation palatine linéaire à fond jaunâtre et le gonflement périphérique persiste également. La gomme n'est pas guérie. L'odeur fétide du nez a diminué. Les cheveux tombent.

Le même traitement est continué.

3 novembre 1904. La perforation palatine s'est peut-être un peu agrandie, son fond jaunâtre est formé par l'os mortifié. Le gonflement périphérique a disparu. Il n'y a plus de fétidité.

Le malade a déjà subi cinquante piqûres de benzoate de mercure dont vingt à quatre centigrammes.

12 novembre 1904. J'ai remplacé les injections de benzoate par des injections de calomel. Le malade a reçu déjà une injection de 0 gr. 05 centigrammes. L'orifice palatin paraît plus grand mais n'est pas infiltré sur ses bords. On voit l'os nécrosé noirâtre formant le fond. On ne peut voir l'étendue du sequestre.

22 novembre 1904. On a fait trois injections de calomel qui ont été moins actives que le benzoate. L'orifice est agrandi. L'odeur revient. La voix est nasonnée. Les liquides refluent par le nez. On aperçoit un sequestre mobile et très volumineux.

5 décembre 1904. A ma demande le malade est opéré. On fait un curettage de la perforation. On retire un gros sequestre formé aux dépens du vomer. Les bords de la perforation se rapprochent. On place un obturateur en or. Après quelques jours l'odeur disparaît complètement.

29 décembre 1904. Depuis le 14 décembre l'odeur a un peu reparu, et le malade a éliminé à nouveau un petit sequestre. On continue le traitement.

26 janvier 1905. On a cessé les piqûres, depuis le 3 janvier. Quelques jours après le malade éprouvait des douleurs dans le nez et rendait des mucosités. On reprend les piqûres à 3 centigr. de benzoate de mercure par jour.

16 février 1905. Depuis le 26 janvier le malade a reçu trois centigrammes de benzoate de mercure par jour. Il n'a plus de douleur dans le nez. Il rend des mucosités mais en quantité normale. L'orifice palatin ne s'est pas modifié.

On voit d'après cette observation que l'infection paternelle n'a eu aucune action immunisante sur l'évolution de la syphilis du fils. Cette syphilis a évolué avec une gravité rare. Traitée dès le début et énergiquement elle a résisté à la médication mercurielle intensive et une complication grave est apparue au cours du traitement.

Nous ne voulons pas dire par là que la syphilis a été d'autant plus grave que le père de notre malade était syphilitique mais nous enregistrons ce fait que cette syphilis acquise par un descendant de syphilitique guéri a évolué comme chez un individu quelconque et que dans le cas particulier elle a été grave.

II. — Dans le cas où l'un des ascendants a présenté des accidents syphilitiques après la naissance de l'enfant, les conditions sont différentes. Il existait fatalement au moment de la conception une syphilis active dans l'organisme paternel ou maternel. Mais cette syphilis était, il est vrai, en puissance seulement puisqu'elle ne se manifestait par aucun accident, mais d'autre part elle n'était pas complètement éteinte puisque un certain nombre d'années après la naissance de l'enfant cette syphilis a pu se réveiller et causer des accidents spécifiques. On pourrait croire que dans ces conditions l'enfant reçoit à défaut d'infection, une immunité. Mais, il n'en est rien. Ces enfants de syphilitiques se comportent à l'égard de la syphilis acquise comme les individus sains. C'est là encore une notion admise. Les exemples de ces cas sont nombreux mais assez difficiles à observer du moins à l'hôpital. C'est surtout parmi les malades de la ville que l'on peut suivre ces cas, en donnant des soins à toute une famille.

Voici deux observations ayant trait à des faits de ce genre et qui nous ont été communiquées par notre maître Monsieur le professeur Gaucher.

Obs. V (M. le professeur Gaucher). — *Syphilis acquise par un descendant de syphilitique dont le père présenta une ostéite du frontal longtemps après sa naissance.*

Le père contracte la syphilis cinq ans avant son mariage. Il se

marie sans avoir d'accidents spécifiques. Il a trois enfants ; deux fils dont l'ainé est notre malade et une fille. Tous trois sont très bien portants et ne portent aucune tare héréditaire. La mère n'a jamais fait de fausse couche.

Le 12 juillet 1895. Le fils aîné âgé de vingt ans vient me consulter. Il présente un chancre induré de la partie gauche du méat et une adénopathie indurée caractéristique du même côté. L'ulcération a débuté il y a quinze jours. Elle a duré quelques jours en suintant et en collant le méat, puis a semblé disparaître. Elle reparut il y a deux ou trois jours et depuis ce matin elle est très visible : taillée à pic, grisâtre, à bords légèrement indurés, de la dimension d'un grain de chénevis, située sur le côté gauche du méat. L'adénopathie inguinale est dure, non douloureuse. Il existe un gros ganglion à la partie interne de l'aîne. Il n'y a rien dans l'aîne droite. L'ulcération du méat n'est pas douloureuse, ne suppure pas, mais est légèrement suintante.

22 juillet 1895. L'ulcération du méat s'est un peu étendue. Elle a des bords saillants et durs. Elle est suintante et un peu suppurante. Elle s'est un peu étendue à droite et maintenant il existe un engorgement ganglionnaire à droite avec un ganglion plus gros à la partie interne. L'ulcération qui n'était pas douloureuse au début est devenue légèrement lancinante. Il n'y a pas encore de roséole mais le diagnostic de syphilis n'est pas douteux. Depuis quelques jours sont apparus un affaiblissement général et une céphalée persistante.

1<sup>er</sup> août 1895. Le chancre n'est pas amélioré. Il existe de l'œdème du prépuce et la roséole commence à la partie inférieure du tronc.

Dès lors le diagnostic de syphilis est incontestable. En même temps que je soigne ce jeune homme, son père vient me trouver pour une grosseur qu'il porte sur le front et je le soigne pour une exostose du frontal qui guérit par le traitement. Autre fait curieux le frère de notre malade vint nous trouver lui aussi à quelques jours de là pour un accident primitif de la verge.

L'évolution de la syphilis de notre malade ne fut pas bénigne.

9 août 1895. Le chancre s'étend par une fissure à la partie supérieure du méat. Des plaques muqueuses se montrent sur la langue.

27 septembre 1895. Le traitement spécifique a été suivi depuis le début. Le chancre forme un trou profond de un centimètre dans le méat. Le malade a eu des plaques muqueuses de la gorge et en a encore.

10 octobre 1895. Une grande amélioration s'est produite. Le

chancre est presque guéri. Il n'y a pas d'autre accident. On continue le traitement.

11 novembre 1895. Malgré le traitement notre malade présente des plaques muqueuses de la gorge et de la lèvre inférieure. Il perd un peu ses cheveux, le chancre est presque cicatrisé, mais il s'est produit une perte de substance irrégulière du méat et de l'entrée du canal.

2 janvier 1896. Le chancre du méat est complètement cicatrisé mais il existe un peu de rétrécissement. Dans la bouche il existe encore des plaques muqueuses en arrière de la dernière grosse molaire supérieure.

26 juillet 1896. Le traitement n'est plus suivi que quinze jours par mois. Le malade a encore eu des plaques muqueuses de la gorge au mois de mai. Depuis quatre jours il souffre d'un zona sacro-génital précédé d'une névralgie lombaire droite ayant débuté il y a huit jours.

24 septembre 1896. Le malade n'a pris aucun traitement depuis la fin de juillet. Il présente des syphilides érosives assez profondes sur le bord de la langue de chaque côté.

3 novembre 1897. Le malade vient de prendre des pilules pendant un mois. il ne présente aucun accident.

Mai 1898. Depuis quelques jours l'épididyme gauche est indurée, tuméfiée, irrégulière, bosselée, un peu douloureuse. Le malade n'a pas de blennorrhagie. Il s'agit donc très probablement d'une épididymite syphilitique.

Il existe de plus une éruption circonscrite de syphilides papulo-squameuses sur les jambes.

15 octobre 1898. L'épididymite et les syphilides des jambes ont guéri très rapidement.

Depuis hier il existe un point de leucoplasie sur le dos de la langue. Ce point est gros comme un grain de chènevis. Il n'y a rien ailleurs.

6 décembre 1898. La lésion précédente a guéri en quinze jours. Depuis quelques jours est apparu un syphilome induré du méat à la place du chancre primitif, sous forme d'une légère ulcération reposant sur une base indurée.

Obs. VI. — M. le Professeur Gaucher. — *Syphilis acquise chez un descendant de syphilitique dont le père a présenté de nombreux accidents spécifiques depuis sa naissance.*

Voici d'abord l'observation du père. — Juin 1901, M. X..., 64 ans, présente depuis trois semaines, sur la partie droite de la

lèvre supérieure une plaque infiltrée rouge sombre légèrement squameuse, non douloureuse et non suintante. Il a eu un chancre du canal il y a trente-quatre ans. Il n'a jamais suivi de traitement et n'a eu aucun accident depuis. Traitement : pilules de sublimé.

23 juillet 1901. Le malade a pris des pilules. La plaque a disparu ; il n'y a plus qu'une tache rouge à peine perceptible.

30 novembre 1901. Commencement de leucoplasie linguale avec quelques petites ulcérations superficielles. La plaque sous-nasale est à peine perceptible mais a tendance à reparaitre. Le malade continue à se traiter.

20 mars 1902. La plaque de syphilides sous-nasales reparait dans une période de suspension de traitement. De plus apparait une plaque circinée en haut de la narine droite. La langue est le siège d'une leucoplasie diffuse.

20 mai 1902. Malgré le traitement qui a été continué presque sans interruption la plaque sous-nasale est peu modifiée et celle de la partie droite du nez est stationnaire, mais une nouvelle plaque circinée papuleuse et une sur le milieu du front se sont montrées depuis quelques jours. La langue est dans le même état. Elle est le siège d'une leucoplasie diffuse.

On continue le traitement mercuriel.

Voici maintenant l'observation du fils.

19 octobre 1903. M. X... 30 ans, a eu la syphilis en décembre 1895. Il a suivi un traitement intermittent pendant trois ans. Puis depuis 1898 il a pris de l'iodure de temps en temps. Il n'a pas présenté d'accidents.

Il y a un mois il commença à souffrir d'un rhumatisme vague qui ne l'empêchait pas de marcher. En même temps sa voix était couverte. Il a vu un médecin qui a porté le diagnostic d'abcès de la gorge.

On trouve sur le côté gauche de la paroi postérieure du pharynx une tuméfaction arrondie, dure, grosse comme une noix et datant de huit jours. Cette tuméfaction détermine de la gêne, peu de douleur et pas de fièvre. Il s'agit sans doute d'une gomme syphilitique.

28 novembre 1903. Le lendemain du jour où je vis le malade pour la première fois, la grosseur s'était ouverte seule et avait donné issue à un peu de pus. Le chirurgien n'a pas eu à intervenir. Depuis lors le malade paraissait guéri, mais actuellement il présente sur la partie latérale gauche du pharynx une tuméfaction dure tenant à l'os, impossible à mobiliser. C'est une gomme périostique. Je prescris le traitement par des piqûres de benzoate.

12 décembre 1903. Actuellement la gomme est guérie mais le malade présente depuis quelques jours de la douleur dans les mouvements de déglutition.

19 décembre 1903. Il existe une douleur très violente localisée à la nuque. C'est une douleur spontanée, revenant par accès et exaspérée par la pression de la colonne cervicale et l'extension de la tête.

25 février 1905. La douleur de la nuque qui existait en décembre 1903 a guéri par le traitement et par des massages. Depuis lors le malade n'a présenté aucun accident.

Comme on peut en juger d'après ces observations, la syphilis contractée par ces descendants de syphilitiques évolue sans présenter une bénignité particulière. Ces deux malades au contraire ont été atteints d'accidents syphilitiques plutôt graves et récidivant malgré le traitement spécifique.

III. — Enfin un enfant peut naître sain de parents présentant des accidents de syphilis en activité au moment de la conception. C'est là une catégorie de descendants de syphilitiques sur laquelle il convient d'insister. Ces enfants rentrent dans le cadre de la loi de Profeta.

On sait que d'après Profeta une mère syphilitique peut nourrir, soigner, embrasser son enfant, né sain, sans risquer de le contaminer, alors même qu'elle porte aux lèvres ou aux mamelles des lésions syphilitiques.

La loi de Profeta est admise aujourd'hui d'une façon générale. On la considère même comme exacte alors que le père seul présente des accidents de syphilis en activité au moment de la conception. C'est-à-dire qu'un enfant né sain d'un père syphilitique, en période d'accidents, est immunisé contre la syphilis.

Voilà donc une classe de descendants de syphilitiques, non hérédosyphilitiques, qui se comportent d'une façon tout à fait spéciale puisque n'étant pas syphilitiques ils sont immunisés contre l'infection, ils sont impropres à contracter la syphilis.

Mais cette immunité est-elle durable ? C'est là que la question n'est plus connue parfaitement. On sait bien qu'un enfant répondant à ces conditions ne peut contracter la syphilis

pendant la période d'allaitement, parce qu'il est facile alors d'observer parallèlement la mère et l'enfant, mais on ne sait pas si ces enfants conserveront toute leur vie l'immunité, car l'observation de cas semblables est pour ainsi dire impossible. Il est fort probable, c'est là une opinion qui ne s'appuie pas sur des faits, que l'immunité s'atténue peu à peu et que ces descendants de syphilitiques rentrent après un certain nombre d'années dans la règle commune. Nous sommes portés à croire cette opinion exacte car on connaît des exceptions à la loi de Profeta. Nous n'en avons pas trouvé dans la littérature médicale française, mais Finger de Vienne a, en 1898, rapporté dans une monographie vingt-et-un cas de ce genre dont voici les plus caractéristiques.

Obs. VII. — Mireur. — M. C. . . . s'infecte en janvier 1863 de syphilis et suit un traitement. Exempt d'accidents pendant un temps il se marie malgré l'avis de son médecin. Sa femme devient enceinte et accouche en octobre 1864 étant elle-même bien portante d'un garçon sain et venu à terme et qui pendant deux ans reste tout à fait bien portant. A ce moment il est infecté par son père qui présentait à cette époque des plaques muqueuses érosives aux lèvres. L'enfant eut un chancre induré des lèvres qui fut suivi dans le laps de temps ordinaire des accidents consécutifs.

Obs. VIII. — Boeck. — Une femme âgée de 47 ans est traitée à l'âge de 20 ans pour une syphilis acquise à la maison de santé de Hedemarken et plus tard pour des accidents tertiaires.

Elle se marie et a deux enfants dont le premier meurt à l'âge de deux ans.

Le deuxième enfant naît en 1862. Un troisième et un quatrième naissent respectivement en 1863 et 1865. Ils naissent tous trois bien portants et le restent jusqu'à la fin de 1865 époque à laquelle ils sont infectés tous les trois par une bonne syphilitique.

Un fait curieux vient s'ajouter. On pourrait croire qu'en raison de l'éloignement de l'infection de la mère, la syphilis était éteinte chez elle, ce qui expliquerait la non immunisation des trois enfants. Mais en 1866 cette femme accouche d'un enfant syphilitique héréditaire. Le père examiné était sain.

Obs. IX. — Harding. — Une femme pendant l'époque de la conception est infectée par son mari syphilitique. Elle présente au

deuxième mois de la grossesse un exanthème syphilitique et accouché d'un enfant sain et bien constitué qu'elle nourrit elle-même.

Trois ans plus tard la mère étant atteinte d'accidents sous forme de syphilides pustuleuses, son enfant qui couchait avec elle dans le même lit présente en un point du bras où il fut piqué par une aiguille un chancre induré typique avec engorgement ganglionnaire et roséole, plaques muqueuses de la bouche et de l'anus consécutives.

Obs. X. — Dühring. — Il s'agit d'un ménage qui présentait encore des symptômes de syphilis tertiaire très prononcés. La mère était atteinte d'une syphilide ulcéro-serpiginieuse de la poitrine.

Deux enfants âgés de 20 et 17 ans présentaient des accidents tertiaires. Une autre plus jeune, une forte petite fille de 3 ans était atteinte de papules végétantes et élevées sur les grandes lèvres et l'anus. Elle avait été infectée par un baiser. Des deux autres enfants le fils âgé de 20 ans avait contracté la syphilis par un chancre du pénis suivi d'un exanthème syphilitique et de plaques muqueuses. La fille âgée de 17 ans avait eu à l'âge de 15 ans un chancre de l'amygdale.

Nous nous expliquons facilement ces exceptions à la loi de Profeta. Pendant plusieurs mois de la grossesse le virus syphilitique est en activité dans l'organisme maternel ; il produit des toxines abondantes qui confèrent à l'enfant une immunité probablement passagère. En effet après la naissance l'enfant ne peut plus profiter de l'immunité acquise par l'organisme maternel. Pendant un temps il jouit encore de l'immunité reçue *in utero*. Mais peu à peu son immunité s'épuise, disparaît et dans un temps variable suivant les individus, variable aussi suivant la virulence de l'infection du père ou de la mère, ces enfants redeviennent susceptibles de contracter la syphilis. Il est fort probable qu'arrivés à l'âge adulte ces enfants de syphilitiques ont perdu complètement le bénéfice de l'infection de leurs parents.

C'est qu'il s'agit dans ce cas d'une immunité passive, comparable à celle que confèrent tous les sérums thérapeutiques et non d'une immunité active semblable à celle que confère une première atteinte d'une maladie infectieuse telle que la

fièvre typhoïde, les oreillons, la scarlatine ou surtout pour parler de la maladie qui nous occupe ici la syphilis acquise. Ces enfants sont *syphilitisés* pour un temps mais ne sont pas syphilitiques.

De ces faits nous pouvons donc conclure que tous les descendants de syphilitiques, que les parents aient été en période d'accidents ou non au moment de la conception, que les parents aient présenté ou non des accidents spécifiques après la naissance des enfants, que tous les descendants de syphilitiques disons-nous, sont susceptibles de contracter la syphilis comme les individus indemnes de toute tare héréditaire.

Il y a donc des enfants de syphilitiques non guéris qui ne sont pas syphilitiques.

---

## CHAPITRE II

### LA SYPHILIS ACQUISE CHEZ LES HÉRÉDO-SYPHILITIQUES QUATERNAIRES ET QUINTAIRES.

Comme nous l'avons déjà indiqué d'après la classification de M. le Professeur Gaucher l'hérédo-syphilis quinaire comprend toutes les dystrophies congénitales, l'hérédo-syphilis quaternaire les lésions dites para-syphilitiques.

L'hérédo-syphilis quinaire se révèle par des dystrophies qui se montrent presque constamment les mêmes et dans nos observations c'est surtout les altérations dentaires, caractérisées par un vice d'implantation, par des déformations, les dystrophies du squelette telles que le front olympien, la voûte palatine ogivale le crâne natiforme, les dystrophies d'autres organes, la glossite exfoliatrice marginée et le strabisme dont la valeur au point de vue du diagnostic de l'hérédo-syphilis a été démontrée par le Professeur Fournier, c'est surtout ces dystrophies disons-nous que nous avons noté. Nous avons omis de signaler une dystrophie qui se rencontre plusieurs fois dans nos observations car elle donne lieu à discussion : nous voulons parler du nez écrasé à la base. Cette déformation peut être une manifestation de l'hérédo-syphilis quinaire, ou de l'hérédo-syphilis tertiaire suivant la date, le mode d'apparition et l'aspect de la lésion. C'est un fait sur lequel insiste notre maître Monsieur le professeur Gaucher. Le nez écrasé à la base peut être le résultat d'un trouble de développement, d'une atrophie congénitale du squelette osseux nasal. Dans ce cas dès la naissance la déformation est visible et déjà l'insuffisance de développement des os propres du nez est évidente. Il s'agit alors d'un stigmate d'hérédo-syphilis quinaire.

La déformation persiste toute la vie, peut devenir plus frappante à mesure que le squelette se développe mais à aucun moment il n'y a affaissement brusque de la base du nez, la lésion est congénitale, elle s'est installée *in utero* et est acquise dès la naissance.

Mais le nez écrasé à la base peut avoir dans l'hérédo-syphilis la même origine que le nez en lorgnette dans la syphilis acquise. Il peut être dû à une ostéite nécrosante des os propres du nez. Dans ce cas l'évolution de la lésion est toute différente. Elle apparaît plus ou moins longtemps après la naissance, elle apparaît brusquement. Tantôt elle est attribuée à un accident. L'enfant est tombé ou s'est cogné et c'est cet accident le plus souvent qui est incriminé. D'autres fois le nez s'affaisse peu à peu en même temps que l'enfant a du coryza, parfois un peu d'ozène.

De plus la lésion une fois constituée, présente dans ce cas des caractères particuliers. Les os du nez sont irréguliers. L'écrasement n'est pas symétrique comme dans le cas précédent. Il y a donc là une différence essentielle de nature et d'évolution qui permet d'établir deux variétés hérédo-syphilitiques du nez écrasé de base : l'une est une manifestation de l'hérédo-syphilis quinaire comme nous l'avons vu, l'autre que nous venons d'étudier en dernier lieu est une manifestation de l'hérédo-syphilis tertiaire et nous en signalons des cas dans notre chapitre suivant.

L'hérédo-syphilis quaternaire comprend les lésions dites para-syphilitiques par le Professeur Fournier.

Les dystrophies de l'hérédo-syphilis quinaire sont aussi pour lui des accidents parasymphilitiques. Mais M. le professeur Gaucher les a distinguées en une classe spéciale, car ces lésions n'appartiennent pas en propre à la syphilis. Elles lui appartiennent beaucoup moins que le strabisme, la glossite exfoliatrice, le nanisme, l'hydrocéphalie, le tabes juvénile et la paralysie générale juvénile qui sont des affections parasymphilitiques vraies, qui rentrent dans le cadre de l'hérédo-syphilis quaternaire pour M. le Professeur Gaucher.

Dans nos observations de syphilis acquise chez des hérédosyphilitiques quaternaires nous n'avons trouvé comme affections parasyphilitiques que le strabisme, la glossite exfoliatrice et le nanisme. Nous n'avons pu découvrir un cas de syphilis acquise chez un individu atteint d'hydrocéphalie, de tabes juvénile ou de paralysie générale juvénile.

Quoiqu'il en soit nous traitons dans le même chapitre de la syphilis acquise chez les hérédosyphilitiques quaternaires et quintaires car ce sont deux formes très atténuées de l'hérédosyphilis.

Nous comprendrons donc implicitement l'hérédosyphilis quaternaire sous la dénomination d'hérédosyphilis quintaire, ce que nous dirons de l'une s'appliquant presque exactement à l'autre.

L'hérédosyphilis quintaire se manifeste par des dystrophies simples ou spéciales à l'hérédosyphilis. Elle est le résultat d'un vice de développement. La syphilis des ascendants ne retentit sur le fœtus qu'en troublant son évolution comme pourrait le faire une intoxication ou une infection chronique, ou aiguë apparaissant au cours de la grossesse. Ce n'est pas une infection transmise au fœtus au cours de la vie intra-utérine comme l'hérédosyphilis secondaire, c'est un trouble de développement du fœtus causé par l'intoxication syphilitique des géniteurs.

Ces troubles de développement retentissent soit sur l'organisme tout entier et déterminent des dystrophies généralisées, si l'on peut s'exprimer ainsi, telles que le nanisme, le rachitisme, ou la débilité congénitale, ou bien ils retentissent sur un système ou sur un organe en particulier.

Toutes les infections ou intoxications chroniques qui précèdent la conception, toutes les infections ou intoxications aiguës qui se produisent au cours de la vie intra-utérine sont capables de troubler le développement du fœtus et de déterminer chez l'enfant des dystrophies. La syphilis n'agit donc pas, dans ce cas, de façon particulière. Rappelons cependant ici une opinion que nous avons entendu énoncer souvent par notre maî-

tre M. le Professeur Gaucher à propos de cas semblables. « On va m'objecter, dit-il, que d'autres infections que la syphilis peuvent produire de semblables dystrophies. — Oui, en principe. Mais, en pratique, quelle est l'infection chronique fœtale qui permet la survie du fœtus ? Il n'y en a qu'une : c'est la syphilis. Les autres le tuent ».

La syphilis a malgré tout des dystrophies qui lui sont propres. Les dystrophies caractéristiques, pathognomoniques de l'hérédo-syphilis sont peu nombreuses. Dans sa thèse le Dr Edmond Fournier cite, le crâne natiforme et la dent d'Hutchinson comme se rencontrant presque exclusivement chez les hérédo-syphilitiques. Ce qui est beaucoup plus fréquent, c'est de rencontrer un ensemble de dystrophies qui prises chacune en particulier ne sont pas pathognomoniques de l'hérédo-syphilis mais qui dans leur ensemble répondent à un type dystrophique qui se montre surtout dans l'hérédo-syphilis. Le Docteur Edmond Fournier dans sa belle thèse sur les « stigmates dystrophiques de l'hérédo-syphilis » étudie cette question. « Sans avoir de dystrophies qui lui soient propres, dit-il, elle est cependant *dystrophique à sa manière*, si je puis parler ainsi, et sous une modalité qui n'est pas toujours celle d'autres hérédités infectieuses. Si bien que dans nombre de cas, elle se différencie de la sorte, à la façon (qu'on me passe la comparaison) dont une école de peinture se différencie d'une autre par ce qu'on appelle sa « manière » son « style ». Je dirais presque qu'elle a son *style dystrophique*. »

Plus loin encore le même auteur après avoir étudié parallèlement les stigmates dystrophiques de l'idiotie et ceux de la syphilis conclut ainsi : « En tout cas, ce qu'il est permis d'affirmer dès à présent, c'est que l'hérédo-syphilis se traduit non pas toujours, bien entendu, mais assez fréquemment par un ensemble de signes objectifs dont la réunion cons titue pour elle une physionomie presque particulière, presque propre, je n'ose dire pathognomonique.

» Oui, très positivement, la clinique nous offre assez souvent un *type* qu'il n'est pas d'exagération, je pense à qualifier du nom de *type hérédo-syphilitique*. »

Dans nos observations nous avons rejeté tous les cas qui pouvaient être suspects d'hérédité infectieuse non syphilitique et nous avons gardé ceux qui présentaient tous les caractères que nous avons appris à connaître comme propres à l'hérédosyphilis. D'ailleurs dans nombre de cas, qu'ils nous soient personnels ou que nous les ayons recueillis dans la littérature médicale, la syphilis des parents est connue, avérée, et dans ces cas la dystrophie a sa signature incontestable.

Nous avons réuni cinquante cas à peu près de syphilis acquise chez des hérédosyphilitiques quaternaires et quintaires. Douze observations sont inédites. Elles nous sont personnelles ou nous ont été communiquées par notre maître M. le Professeur Gaucher.

Nous avons trouvé un certain nombre d'autres observations réunies dans le travail du professeur Tarnowski sur la famille syphilitique. La plupart sont résumées et sont groupées sous le nom de syphilis binaire que cet auteur donne à la syphilis acquise chez les hérédosyphilitiques.

OBS. VII. — Gaucher et Rostaine. — (*Bullet. de la Soc. de Dermal.* Décembre 1903). — *Syphilis acquise chez un hérédosyphilitique quintaire. Tibia en fourreau de sabre. Front olympien. Dents érosées. Voûte palatine en ogive.* — Il s'agit d'un homme de 31 ans qui a contracté la syphilis il y a 11 ans. Il eut un chancre induré de la verge, suivi de plaques muqueuses. La roséole passa inaperçue. Il suivit le traitement pendant 15 jours seulement.

Pendant 7 ans la seule manifestation de sa syphilis fut la chute des cheveux, et des poils sur tout le corps. Depuis 4 ans il éprouve de l'atonie vésicale avec crises douloureuses peu violentes. Pour pouvoir uriner, il est obligé d'user d'artifices. Il se met à genoux ou se penche en avant s'appuyant sur une canne ou un objet quelconque.

M. Babinski le vit il y a deux ans et le considéra comme atteint de tabes fruste. Le malade subit alors, sans amélioration, une série de 15 piqûres de Calomel.

Actuellement comme signes tabétiques nous trouvons : un retard de contraction de la pupille à la lumière, une légère incoordination des mouvements, mais seulement quand on fait fermer les yeux, et enfin les troubles vésicaux que nous avons déjà signalé. Notre malade est un syphilitique acquis, de par les antécédents qu'il nous

rapporte, et de par ses manifestations tabétiques. Mais il est porteur de dystrophies dont l'ensemble suffit à établir l'existence d'une syphilis héréditaire. Le front est saillant, olympien, les dents sont érodées, sa voûte palatine est ogivale. De plus nous trouvons une dystrophie de naissance et qui à elle seule caractérise la syphilis héréditaire : le tibia gauche est en fourreau de sabre.

Le malade nous rapporte qu'il a marché à 3 ans seulement et qu'il a toujours entendu dire par ses parents, qu'il avait perdu 2 fois ses dents, ayant eu ainsi 3 dentitions au lieu de deux.

Il ne sait de quoi est mort son père. La mère est morte de la poitrine. Sur 9 enfants, 7 sont morts ; 5 très jeunes ; 1 à 15 ans qui était aveugle de naissance. et une sœur morte tuberculeuse à 27 ans.

Pour compléter notre observation, nous avons fait examiner les yeux de notre malade et voici la note que nous a remis M. le Dr Antonelli.

« Syphilis ancienne (héréditaire ou acquise pendant l'enfance). Papilles pâles (la gauche l'est en entier, la droite surtout sur sa moitié temporale). Dystrophie pigmentaire de la chorio-rétine, forme diffuse, très marquée, surtout en bas dans l'œil droit. L'acuité visuelle est absolument normale, de même que le champ visuel et la chromatesthésie, malgré l'aspect atrophique blanc grisâtre des papilles ».

OBS. VIII. — Personnelle (recueillie dans le service de M. le Professeur Gaucher). — *Syphilis acquise chez une hérédo-syphilitique quaternaire et quintaire. Glossite exfoliatrice marginée. Altérations dentaires. Stigmates oculaires.* — La nommée F... Jeanne, blanchisseuse, âgée de 19 ans, entre à l'hôpital St-Louis dans le service de M. le professeur Gaucher, le 4 juillet 1903.

Depuis 2 mois elle présente un chancre induré de la partie droite de l'extrémité antérieure de la langue. Cette lésion est accompagnée de ganglions sous-maxillaires et de ganglions sus-hyoïdiens. La malade n'a pas de roséole. L'exanthème a d'ailleurs pu disparaître depuis 2 mois que le chancre existe.

On trouve en plus de cette lésion de syphilis acquise des stigmates dystrophiques de syphilis héréditaire : glossite exfoliatrice marginée. Dents altérées. Canine inférieure gauche petite, mal insérée, inclinée vers la ligne médiane. Canine supérieure droite remplacée par une incisive. Stigmates oculaires. O. D. Myopie,

strabisme convergent. *Dystrophie papillaire*. O.G. Hypermetropie (Dr Terrien). On met la malade au traitement, et elle sort le 24 juillet. Le chancre n'est pas cicatrisé et la roséole n'a pas apparu.

Le 14 août le chancre persiste.

Le 8 décembre. Le chancre est cicatrisé mais la langue est couverte de plaques muqueuses. Le diagnostic de chancre induré est donc indéniable.

OBS. IX. — Personnelle. (Recueillie dans le service de M. le Professeur Gaucher). — *Syphilis acquise chez une hérédo-syphilitique quaternaire et quintaire. Infantilisme. Altérations dentaires. Voûte palatine en ogive. Strabisme convergent.* — La nommée L... Alice, âgée de 25 ans, entre à l'hôpital St-Louis le 13 septembre 1903 dans le service de M. le professeur Gaucher. Il y a 3 ans, la malade fut soignée dans le service du professeur Fournier pour un chancre de la lèvre suivi de roséole,

Elle eut ensuite des plaques muqueuses de la vulve et contamina son mari qui eut un chancre induré de la verge il y a 2 ans.

Cette malade présente en plus des stigmates indéniables de dystrophies dues à une syphilis héréditaire. Petite taille 1 mèt. 39. Front olympien. Prognatisme. Dents petites, écrasées, mal rangées. Voûte palatine en ogive. Strabisme convergent. L'examen du fond de l'œil pratiqué par le Dr Antonelli montra qu'il existait des dystrophies pigmentaires de la papille surtout marquées sur l'œil droit.

OBS. X. — (Personnelle). — *Syphilis acquise chez une hérédo-syphilitique quintaire. Front olympien. Nez écrasé de base. Altérations dentaires.* — G..., domestique entre le 20 novembre 1904 à l'Hôpital Cochin dans le service du D. Vidal, pour une fracture de côte. A premier examen elle présente le facies d'une hérédo-syphilitique, saillie exagérée et globuleuse des bosses frontales. Front olympien. Nez court, écrasé à la base, donnant à la palpation la sensation de coup de hache à la racine. Les dents ont un bord libre inférieur assez irrégulier, crénelé, surtout l'incisive ogivale. Les oreilles sont inégales comme forme et comme hauteur. La crête des tibias est crénelée.

On ne peut obtenir aucun renseignement sur les antécédents héréditaires.

En découvrant la malade pour l'examiner, on trouve une éruption généralisée de syphilides papulo-squameuses typiques hypertrophiques et végétantes. On ne peut trouver la trace du chancre que par l'existence de ganglions inguinaux durs et indolores.

Obs. XI. — Personnelle (Recueillie dans le service de M. le Professeur Gaucher). — *Syphilis acquise chez un hérédo-syphilitique quintaire. Langue scrotale. Dystrophies dentaires. Voûte palatine ogivale.* — M. . ., 35 ans, camelot, entre le 21 novembre 1903 dans le service de Monsieur le Professeur Gaucher à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Louis. Il a eu un chancre induré de la verge il y a quatre ans suivi de plaques muqueuses. La roséole est passée inaperçue. Jamais le malade ne s'est traité. Cependant depuis quatre ans il a eu continuellement des accidents dans la bouche, mais jamais ailleurs si ce n'est quelques maux de tête.

Actuellement on trouve une langue fissurique scrotale antérieure à l'infection, sur laquelle se sont développées des plaques muqueuses dont une hypertrophique sur le bord gauche; sur la face interne de la lèvre inférieure existent deux larges plaques muqueuses hypertrophiques très anciennes d'aspect leucoplasique par places.

Le malade présente des stigmates d'hérédo-syphilis. Outre la langue scrotale déjà signalée, les dents sont striées et crénelées sur leur bord libre, la voûte palatine est en ogive.

Le malade s'est marié il y a trois ans, sa femme a fait deux fausses couches dans la première année. Elle a un enfant de deux mois qui est bien portant. Elle même n'a rien.

Obs. XII. — Personnelle (Recueillie dans le service de M. le professeur Gaucher). — *Syphilis acquise chez une hérédo-syphilitique quintaire. — Dystrophies dentaires.* — L. . . Marie, 24 ans, ménagère, entre le 22 août 1903 dans le service de M. le professeur Gaucher à l'hôpital Saint-Louis, salle Henri IV. Il y a onze mois elle a eu des plaques muqueuses de la gorge qui ont été soignées à l'hôpital de la Pitié. La malade ne se soigna pas depuis. Il y a neuf mois elle accoucha un mois avant terme d'un enfant malingre. Deux mois après elle présenta des plaques muqueuses de la vulve qui furent soignées à l'hospice d'Ivry.

Actuellement on trouve des plaques muqueuses de la langue, de la gorge et de la commissure labiale droite. La malade a eu un autre enfant qui a vingt-huit mois, venu à terme et ne présentant pas de stigmates d'hérédo-syphilis. Le chancre méconnu a donc probablement existé entre les deux grossesses. En plus de la syphilis acquise nous trouvons des stigmates d'hérédo-syphilis. Les dents sont écartées. Les incisives latérales supérieures sont très petites. La malade a souffert de maux d'yeux pendant l'enfance. Elle a été réglée à dix-huit ans.

OBS. XIII. — (M. le Professeur Gaucher). — *Syphilis acquise chez une hérédo-syphilitique quintaire. Nez en lorgnette.* — Mme X. . . , 33 ans, vient me consulter en novembre 1901. Elle dit avoir mal dans la bouche depuis un an et à la vulve depuis juillet. Elle a deux enfants bien portants. Elle a fait deux fausses-couches entre les deux, la dernière il y a quatre ans et demi.

Actuellement elle présente à la face interne des joues et sur la langue des plaques muqueuses. Elle en présente de même à la vulve, surtout sur la grande lèvre droite qui est œdématiée.

Elle présente de plus un nez en lorgnette typique, qui est un témoin d'hérédo-syphilis dystrophique probablement, car la maladie croit que cette déformation date de la naissance.

OBS. XIV. — (M. le Professeur Gaucher). — *Syphilis acquise chez un hérédo-syphilitique quintaire. Langue fissurique.* — M. X. . . , 27 ans, vient me consulter le 19 juillet 1902. Il a eu des rapports pendant trois mois, jusqu'au trois juillet, avec une femme qui a eu un chancre de la lèvre supérieure suivi de roséole. Depuis un mois, il présente une érosion de la lèvre inférieure droite, érosion dure avec un ganglion dur sous-mentonnier. Il n'a pas encore de roséole. J'institue le traitement.

Il présente depuis l'enfance une langue fissurique, stigmate d'hérédo-syphilis.

Le 24 juillet 1902. L'ulcération de la lèvre inférieure s'est un peu agrandie, une des fissures de la langue à droite est ulcérée, profonde, recouverte d'un enduit grisâtre.

Le 7 août 1902. Le chancre est toujours aussi grand, mais paraît en voie de bourgeonnement. Il n'y a pas de roséole.

Le 30 août. Le chancre est à peu près guéri. Il n'y a pas de roséole.

Le 27 septembre. Chancre cicatrisé depuis trois semaines. Pas de roséole. Plaques muqueuses de l'amygdale gauche.

Le 4 novembre. Plaques muqueuses de la langue.

Le 10 janvier 1903. Il existe encore des plaques muqueuses linguales.

Le 23 juin 1903. Malgré le traitement, le malade n'a cessé d'avoir des plaques muqueuses linguales.

OBS. XV. — Personnelle. — Recueillie dans le service de M. le Professeur Gaucher. — *Syphilis acquise chez une hérédo-syphilitique quintaire. — Dystrophie du bras gauche. Polymortalité familiale.* — Eva B. . . , 18 ans, couturière, entre le 24 août 1904 dans le service de M. le Professeur Gaucher à l'hôpital Saint-Louis,

salle Henri IV. Elle présente actuellement une roséole syphilitique. Elle vient d'accoucher à cinq mois et demi d'un enfant mort et macéré hérédosyphilitique typique. Il n'y a pas eu d'accident primitif. Il s'agit donc de syphilis conceptionnelle probable. La malade a un premier enfant bien portant actuellement âgé de dix mois.

La malade présente des dystrophies rares. Elle a le bras gauche très hypertrophié, l'avant-bras est également très gros, la main est énorme, surtout élargie transversalement. Elle a une hypertrophie cardiaque sans cause connue. Si l'on rapproche de cela le fait que la mère de notre malade a eu trois ou quatre fausses couches avant sa naissance, on peut conclure qu'elle était très probablement syphilitique. Il s'agirait donc de syphilis acquise conceptionnellement chez une hérédosyphilitique.

OBS. XVI. — Personnelle (recueillie dans le service de M. le professeur Gaucher). — *Syphilis acquise chez une hérédosyphilitique quintaire. Nez écrasé à la base.* — Louise D..., 34 ans, entre le 22 mai 1904 dans le service de M. le professeur Gaucher à l'hôpital Saint-Louis, salle Henri IV. Elle est née à terme et n'a pas présenté d'accident syphilitique dans l'enfance. Elle a eu un accident primitif il y a dix ans suivi d'éruptions généralisées, de céphalée, de chute des cheveux, etc. Elle s'est traitée un mois et demi par des pilules et de l'iodure et depuis ne s'est pas traitée. Depuis elle a eu deux couches à terme. Le premier enfant né il y a cinq ans, est mort à huit mois du croup. Il avait eu à sept mois des éruptions aux fesses et aux commissures labiales. Le deuxième enfant est né il y a trois ans et demi et est mort le 1<sup>er</sup> janvier 1904. Il y a deux mois, elle a éprouvé de l'enrouement, de la toux, de la dysphagie et une douleur au niveau du voile du palais.

Actuellement, il existe une gomme ulcérée du voile du palais, une deuxième à la limite de la voûte, une petite gomme non ulcérée large comme une pièce de 50 centimes, à la face antérieure et interne de la jambe gauche.

Au niveau de la quatrième côte gauche, existe une douleur vive surtout le soir et la nuit. On sent un empâtement profond en rapport probablement avec une périostite de même nature.

Enfin la malade présente un stigmate dystrophique d'hérédosyphilis, elle a le nez écrasé depuis le jeune âge.

OBS. XVII. — Personnelle (recueillie dans le service de M. le professeur Gaucher). — *Syphilis acquise chez un hérédosyphilitique quaternaire et quintaire. Nanisme. Nez écrasé. Altérations*

*dentaires.* — M. B..., 20 ans, entre le 17 novembre 1903, dans le service de M. le professeur Gaucher, à l'hôpital Saint-Louis, salle Henri IV. Ses parents sont bien portants. Elle même n'a eu aucune maladie dans l'enfance. Enceinte à dix-neuf ans, elle accoucha à terme de deux enfants, l'un mort pesant 1 kilog 250 grammes, l'autre vivant et pesant 3 kilogs 250 grammes.

Il y a quatre semaines, c'est-à-dire huit mois et demi à peu près après l'accouchement, la malade constata le début des lésions actuelles. A ce moment, elle présentait une seule ulcération sur la grande lèvre gauche. Elle fut traitée pour une blennorragie à Saint-Denis. Peu après apparurent de nouvelles plaies à côté de la première. La malade sortit de l'hôpital de Saint-Denis au bout de dix jours, pour entrer dans le service de M. le professeur Gaucher.

Actuellement, la malade présente l'aspect d'une dégénérée. Elle est très petite, a une tête volumineuse, la face aplatie, le nez écrasé, les paupières tombantes (elle aurait subi une opération sur les yeux vers l'âge de onze ans. Elle porta ensuite des lunettes noires pendant deux ans). La bouche est large, la lèvre inférieure et le menton sont proéminents, les dents sont irrégulièrement placées, en avant et en arrière du plan régulier, mais ne présentent pas de déformation caractéristique. Il n'y a pas de lésion appréciable du squelette si ce n'est dans l'ensemble, la malade étant atteinte de nanisme. De plus, elle a présenté dans l'enfance et jusqu'à neuf ans, un double pied-bot qui a disparu par application prolongée d'un appareil orthopédique. Cette malade est donc une hérédosyphilitique.

Elle présente de plus sur la grande lèvre gauche trois chancres indurés, des plaques muqueuses hypertrophiques disséminées autour de la vulve et des adénites inguinales gauches.

On prescrit le traitement mercuriel.

Le 23 novembre 1903. On examine l'enfant. Il n'a rien. Les chancres de la mère étant apparus dix mois et demi seulement après la naissance de l'enfant on le sèvre, car il pourrait contracter la syphilis.

OBS. XVIII. — Personnelle. — *Syphilis acquise chez une hérédosyphilitique quintaire. Infantilisme. Front olympien.* — M<sup>lle</sup> C., 22 ans, domestique, entre le 13 juin 1903 dans le service de M. le professeur Gaucher à l'hôpital Saint-Louis, salle Henri IV.

En avril 1903, la malade a eu un chancre induré de la vulve.

En mai, elle a eu de la roséole, s'est traitée et depuis n'a présenté aucun accident.

Actuellement elle présente des plaques muqueuses de la langue la gale et une bleunorrhagie remontant à plusieurs mois et ayant déterminé une bartholinite ouverte le 5 juin dans le service de M. Richelot.

De plus, la malade présente des stigmates d'hérédo-syphilis. Elle est très petite, les dents sont altérées, crénelées, son front est très développé et répond au type du front olympien.

Le 23 juin. Les plaques muqueuses de la langue persistent. On les cautérise au nitrate d'argent. La bartholinite suppure toujours et infecte le vagin. Injections de sulfate de cuivre.

Le 15 juillet. Etat stationnaire. On fait des piqûres au benzoate de mercure.

Le 21 septembre. La malade sort guérie.

Obs. XIX. — M. le professeur Gaucher. — *Syphilis acquise chez une hérédo-syphilitique quintaire. Front olympien. Nez écrasé à la base.* — M<sup>me</sup> V., 21 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. le professeur Gaucher, salle Henri IV, en septembre 1902. Elle présente des plaques muqueuses vulvaires et une syphilide pigmentaire du cou. Le chancre induré remonte au mois de mai 1902.

De plus, la malade présente des stigmates certains d'hérédo-syphilis. Elle a le front olympien et le nez écrasé à la base. Elle ne sait depuis quand elle porte cette déformation nasale et nous ne pouvons dire, si elle est consécutive à une dystrophie congénitale ou à une ostéite des os propres du nez.

La malade subit le traitement mercuriel et guérit rapidement.

Obs. XX. — Dowse (Medical Times and Gazette, 1877.) — *Syphilis acquise chez une hérédo-syphilitique quintaire. Dents de Hutchinson.* — La mère de la malade eut 8 avortements. La fille, dents de Hutchinson caractéristiques, est contaminée par un enfant syphilitique et contracte une sclérose initiale à la main suivie d'une éruption sur le corps. Plus tard on constata des syphilides ulcéreuses graves, la destruction du nez, du larynx, de la trachée et un rupia-syphilitique.

Obs. XXI. — Hutchinson (Syphilis, 1887). — *Syphilis acquise chez une hérédo-syphilitique quintaire. Dystrophies dentaires. Kératite interstitielle.* — Le malade présente des signes caractéristiques de la syphilis héréditaire, anomalie des os faciaux, cicatrices consécutives à une kératite interstitielle, dents dystrophiques; il contracte une ulcération sclérosée suivie de syphilides ulcéreuses.

OBS. XXII. — Hutchinson. — *Syphilis acquise chez un hérédosyphilitique quintaire. Altérations dentaires.* — Le malade est âgé de 22 ans, lésions des os faciaux caractéristiques pour l'hérédosyphilis ; dents dystrophiques ; ulcérations consécutives à une kératite interstitielle ; chancre induré suivi au bout de 3 mois d'ecthyma syphilitique.

OBS. XXIII. — (Résumé) Wickham, (Soc. Franç. de Derm. et syphil. 12, nov, 1896. — *Syphilis acquise chez une hérédosyphilitique quintaire. Dents de Hutchinson.* — Une jeune fille, dents de Hutchinson typiques, contracte un chancre induré suivi de roséole, et présente plus tard toute une série de graves symptômes syphilitiques.

OBS. XXIV. — Cooper and Cotteral. — *Syphilis acquise chez une hérédosyphilitique quintaire. Altérations dentaires.* — Jeune fille âgée de 20 ans ; incisives caractéristiques pour l'hérédosyphilis et anciennes cicatrices consécutives à une kératite ; chancre induré récent et symptômes secondaires.

OBS. XXV. — Prof. A. Fournier. — *Syphilis acquise sur un sujet présentant diverses dystrophies dentaires et notamment deux dents du type d'Hutchinson.* — L. F... âgé de 29 ans, entre au service de la clinique pour des accidents tertiaires. Il a, raconte-t-il contracté la syphilis à l'âge de 18 ans. A cette époque, chancre induré avec bubon. Traitée pendant quelques semaines à l'Hôpital du Midi, par M. le Dr Simonet.

On trouve chez cet homme des dystrophies dentaires très accentuées : les deux incisives médianes supérieures offrent le type de la dent d'Hutchinson de par une échancrure semi-lunaire de leur bord libre ; les deux incisives supérieures latérales présentent une série de cupules rangées à la file, transversalement ; les deux canines supérieures portent, près de leur sommet, un sillon transverse ; les canines inférieures présentent chacune deux dépressions cupuliformes près de leur sommet.

OBS. XXVI. — M. le professeur Fournier. — *Syphilis acquise chez une hérédosyphilitique quaternaire et quintaire. Infantilisme. Altérations dentaires. Taie de la cornée. Polyéthéisme familiale.* — Mme L..., âgée de 23 ans, entre dans le service de la clinique (novembre 1895) pour les accidents suivants : chancre induré de la lèvre inférieure, avec adénopathie sous-maxillaire. Cet accident, dont le début remonte à quelques semaines, est suivi bientôt de diverses manifestations d'ordre secondaire, à savoir :

roséole typique, plaques muqueuses sur les deux lèvres labiales ; papules lenticulaires sur la peau ; fièvre vespérine ; céphalée ; chute des cheveux et des sourcils ; analgésie mammaire et torso-métacarpienne, etc. Exaspération de crises hystériformes, dont le début remonterait à plusieurs années.

Mais, en outre on constate sur la malade divers stigmates qui semblent bien accuser une hérédité spécifique, à savoir :]

1° Dystrophies dentaires très accentuées : les quatre incisives supérieures sont implantées défectueusement et présentent toutes un sillon transversal très net ; de plus, elles sont élimées sur leur bord libre ; les quatre incisives inférieures sont remarquablement petites et parcourues par un sillon transverse ; les quatre canines sont considérablement dystrophées ; échancrure circulaire ; sommet remplacé par un petit tronçon informe, grenu, gris jaunâtre et dépourvu d'émail.

2° Infantilisme. Taille très petite. Gracilité des formes.

3° Antécédents de maladies oculaires très prolongées au cours de l'enfance ; cécité absolue ayant duré trois mois. Vestiges de taie sur l'une des cornées.

D'autre part, polymortalité infantile dans la famille : sur dix grossesses, six enfants morts, et morts, soit « en naissant », soit en bas âge.

Pas de renseignements possibles sur les ascendants qui sont morts, le père d'un traumatisme par accident, et la mère d'une pleurésie. (?)

OBS. XXVII. — Dr Edm. Fournier. — *Syphilis acquise chez un hérédo-syphilitique quaternaire et quintaire. Infantilisme. Dystrophies dentaires.* — Un jeune homme est admis le 17 juin 1895 à l'hôpital du Midi (Service de M. le Dr Balzer). On constate sur lui des symptômes classiques de syphilis récente ; chancre induré sous-prépuciaux datant de quelques semaines, adénopathies inguinales, indolentes, en pléiades ; roséole ; plaques muqueuses buccales ; peut-être un début de syphilide pigmentaire sur le cou ; alopecie, paraissant imputable à une fièvre typhoïde de ces derniers mois.

Mais, en outre, on relève sur ce malade divers stigmates paraissant témoigner d'une hérédité spécifique, à savoir :

Infantilisme : très accentué, de par la taille, la gracilité des membres, l'habitus général, etc. Dystrophies dentaires multiples tout à fait identiques à ce qu'il est d'usage de rencontrer comme stigmates d'hérédo-syphilis.

Ectopie testiculaire.

OBS. XXVIII. — Prof. A. Fournier. — *Syphilis acquise sur un sujet issu d'un père indubitablement syphilitique. Tare héréditaire se traduisant sur ce sujet par des dystrophies dentaires très accentuées, mais sans autre stigmat.* — X... âgé de 21 ans, entre dans nos salles le 28 Novembre 1885. Constitution moyenne, pâleur; pas de maladies vénériennes antérieures.

Il y a deux mois petite érosion au niveau de la rainure glando-préputiale. A consulté, à ce moment M. le Dr Guibout qui lui a prescrit un pansement et une cuillerée à bouche de liqueur de van Swieten à prendre chaque jour. Revient aujourd'hui pour de nouveaux accidents.

Nous constatons ceci : Chancre induré très large, occupant presque toute l'étendue de la rainure. Pléiades inguinales très accentuées, surtout à droite. Syphilide érythémato-papuleuse, confluyente, disséminée, absolument typique. Croûtes du cuir chevelu. Adénopathies cervicales.

Céphalée nocturne. Maux de gorge; cependant rien d'appréciable à ce niveau.

En un mot, syphilis des plus manifestes, d'origine toute récente.

D'autre part, nous constatons sur le malade des dystrophies dentaires très accentuées et du genre de celles que nous sommes habitués à rencontrer chez les hérédosyphilitiques, à savoir : Érosions en cupules et sillons sur les incisives et les canines. Ainsi, l'on observe : 1° sur les incisives médianes supérieures, une rangée horizontale de cupules, à un millimètre environ au-dessus du bord libre de la dent, à deux millimètres au-dessus, sillon horizontal.

2° Sur les incisives latérales supérieures, deux sillons superposés (dents en gradins.)

3° Sur les quatre incisives inférieures, deux sillons (dents en gradins), le supérieur bien plus accentué que l'inférieur.

4° Sur les canines supérieures, un seul sillon, et de plus, dystrophie cuspidienne très marquée.

5° Sur la canine inférieure droite, deux sillons, avec encoche dystrophique du sommet; sur la gauche, un seul sillon avec dystrophie cuspidienne.

Du reste, aucun autre stigmat imputable à une hérédité syphilitique.

Vivement intéressé par cette coïncidence d'une syphilis acquise avec des stigmates dentaires qui semblaient témoigner d'une hérédosyphilis, je fis prier le père de notre malade de venir nous

rendre visite à l'hôpital Saint-Louis. Cet homme, âgé de cinquante sept ans, voulut bien nous donner sur ses antécédents spéciaux les renseignements que voici :

A l'âge de 20 ans, chancre de la verge, ayant laissé une cicatrice encore visible.

Consécutivement, deux bubons inguinaux suppurés, dont l'un a produit une large plaie qui s'atteste par une cicatrice offrant les proportions de la paume de la main. (Jusqu'ici, à coup sûr, rien en faveur de la syphilis, bien que ces lésions aient été combattues par un traitement spécifique, notamment par l'iode de potassium. Mais voici qui va devenir bien autrement significatif.)

En 1856, douleurs des plus intenses dans le tibia droit qui devient le siège de « nœuds » et de « grosseurs ». Ces douleurs étaient telles qu'elles arrachaient des cris au malade le jour et la nuit. Entré à l'infirmerie militaire, il fut traité par l'iode de potassium qui le soulagea en moins de huit jours, et on lui dit qu'il était affecté d'exostose syphilitique. Ce tibia aujourd'hui, sans être hyperostoté, présente néanmoins des inégalités très appréciables.

Peu après, exostose sternale, volumineuse et donnant lieu à des douleurs excessives. Même soulagement par l'iode de potassium. La surface antérieure du sternum est restée saillante, au point qu'aujourd'hui même le diagnostic d'exostose s'imposerait.

En 1871, tumeur douloureuse sur le sommet du crâne, cette tumeur s'est abcédée et a suppuré longtemps. Même traitement, guérison.

Il reste toutefois à ce niveau une cicatrice profonde, inégale, adhérente à l'os et attestant que cette lésion a sûrement intéressé le tissu osseux (ostéome gommeux).

Donc, syphilis indéniable chez ce malade.

Enfin, cet homme a eu treize enfants dont les cinq premiers et le septième sont morts, et morts en bas âge. Le sixième et les six derniers sont vivants.

Cette polymortalité infantile achève de confirmer le diagnostic.

OBS. XXIX à IL. — Molodenkoff. — *Vingt cas de syphilis acquise chez des hérédo-syphilitiques quintaires. Altérations dentaires.* — Le Dr Molodenkoff relate vingt observations assez brèves, qui se réduisent à ce qui suit :

Des malades atteints de dystrophies dentaires, surtout de l'atrophie des molaires antérieures (14 cas), de celle des canines (4 cas),

de dents de Hutchinson (4 cas), sont admis à l'hôpital en présentant des symptômes récents de syphilis acquise.

Celle-ci se traduit dans tous les cas relatés par une première poussée modifiée. Cette modification consiste en l'absence complète de manifestations syphilitiques cutanées (14 cas sur 20), l'éruption se bornant à plusieurs plaques sur la membrane muqueuse de la bouche et de la gorge ; ou bien elle se traduit par l'apparition en nombre très limité de plusieurs taches de roséole syphilitique ou de papules (16 cas) ; et par l'apparition tardive des symptômes consécutifs (1 cas). En considérant les dystrophies dentaires comme une indication à la syphilis héréditaire des malades, l'auteur voit dans l'apparition modifiée de la première poussée la manifestation d'une forme syphilitique légère et conclut que : « lorsqu'un individu est affecté d'un chancre induré et concurremment d'une lésion dentaire spécifique on peut lui prédire une période condylomateuse légère.

OBS. L. — Rendu. (Bull. acad. méd.). — *Syphilis acquise chez une hérédo-syphilitique quaternaire et quintaire. Nanisme. — Retrécissement et insuffisance mitrale. Crâne natiforme. Nez écrasé de base. Voûte palatine en ogive. Dents d'Hutchinson. Polyéthéisme dans la famille.* — Il s'agit d'une jeune femme, Augustine C. . . , qui, au moment où je la reçus dans mon service, le 1<sup>er</sup> juin 1896, était âgée de 19 ans. Elle venait se faire soigner pour des hémorragies consécutives à une fausse couche récente.

Son apparence extérieure nous fit penser de suite à la possibilité d'une syphilis héréditaire. Effectivement, malgré ses 19 ans, elle paraissait développée à peine comme une enfant de 13 à 14 ans. Sa taille était anormalement petite ; elle ne mesurait que 1 m. 51. Les seins et le système pileux génital étaient rudimentaires. Elle présentait de plus une série d'anomalies dans la structure de son squelette.

La tête, de grosseur moyenne, plutôt trop grosse pour le reste du corps, avait l'apparence natiforme typique signalée par le professeur Parrot ; les pariétaux, très saillants, formaient deux bosses latérales et postérieures qui dessinaient un véritable sillon sur la ligne médiane. Le front, proéminent et bombé, rappelait l'aspect du front des rachitiques ou même de certains hydrocéphales.

La face, remarquablement réduite de volume par rapport aux dimensions du crâne, offrait une malformation du nez caractéristique.

Immédiatement au-dessous de l'épine nasale du frontal, il était

aplati et comme écrasé, les os nasaux insérés presque perpendiculairement au frontal, au lieu de le continuer sous un angle plus ou moins obtus. Il en résultait un écartement des narines, qui étaient béantes ; cet état correspondait à une rhinite chronique caractérisée par de l'ozène et des sécrétions nasales fétides. La malade mouchait constamment des muquosités épaisses et des croûtes sanieuses. Il n'y avait pourtant pas d'ulcérations nasales appréciables, et l'examen rhinoscopique pratiqué par le Dr Griner, ne révéla que des lésions de rhinite atrophique.

Les oreilles écartées des temporaux étaient minces, étalées, à ourlet peu plissé ; encore un stigmate de dégénérescence fréquent dans la syphilis héréditaire.

L'intérieur de la bouche offrait des malformations caractéristiques. La voûte palatine était en ogive, étroite latéralement, très élevée sur la ligne médiane, ce qui diminuait sensiblement l'amplitude des fosses nasales. — Les dents inégales et mal rangées, ne présentaient pas les échancrures classiques d'Hutchinson, mais certaines anomalies de développement néanmoins caractéristiques.

Plusieurs étaient pointues, sillonnées au-dessus de la couronne, les canines manifestement plus petites que les incisives et ressemblant à des dents de lait, les deux incisives externes de la mâchoire supérieure, irrégulièrement crénelées ; d'ailleurs bonnes et nullement cariées.

Les yeux ne présentaient aucune anomalie ; pas de vice de conformation congénitale, aucune trace de kératite interstitielle ancienne, ni d'irido-choroïdite. Examen du fond de l'œil normal, correspondant d'ailleurs à l'intégrité parfaite de la vision.

Aux membres, les malformations du squelette étaient moins accusées qu'à la tête. La poitrine n'offrait de particulier que l'absence de l'appendice xyphoïde, lequel faisait complètement défaut, il n'existait pas de nodosités costales, ni de chapelet rachitique chondro-costal. Mais le sternum était bombé en avant et offrait l'aspect connu sous le nom de sternum en carène.

Le rachis présentait un léger degré de scoliose lombaire, le bassin dans son étroitesse, correspondant à l'exiguité de la taille de la malade, semblait normal.

Les membres supérieurs offraient ceci de spécial, que les humérus étaient notablement plus courts que les os des avant-bras. Ces derniers ne présentaient pas d'épaississement épiphysaire, rien qui rappelât la nodosité du rachitisme.

La courbature du radius n'était pas augmentée ; il n'y avait pas de torsion de l'avant-bras.

Aux membres inférieurs, le développement était analogue ; les deux fémurs étaient relativement plus courts que les tibias ; du reste peu courbés et sans gonflement épiphysaire.

Les genoux n'étaient point cagneux, ni les jambes contournées. Les tibias ne présentaient, ni échancrures, ni bosselures, ni la disposition en lame de sabre signalée souvent chez les syphilitiques héréditaires ; il n'y avait pas de tuméfaction de l'articulation tibio-tarsienne ; les pieds n'étaient pas plats ; et il n'y avait pas de tendance à la formation d'un valgus.

L'examen des viscères chez cette femme nous révèle quelques particularités intéressantes.

Le cœur, par contre, présente d'importantes lésions.

Il existe une lésion cardiaque double, rétrécissement et insuffisance mitrale avec un certain degré d'hypertrophie cardiaque.

Cette lésion mitrale paraît bien être une malformation congénitale, au même titre que les déformations de la face et du squelette. En effet, dans les antécédents, aucune maladie infectieuse.

D'autre part, dès l'âge de huit ou dix ans, elle éprouvait des troubles qui prouvent que le rétrécissement mitral était déjà constitué.

Antécédents familiaux qu'elle peut nous apprendre, c'est que sa mère avait eu successivement une fausse couche, puis avait mis au monde prématurément, deux jumeaux qui étaient morts quelques jours après leur naissance ; elle était venue ensuite à terme, très chétive, et on avait eu de la peine à l'élever ; un petit frère, plus jeune, actuellement âgé de 12 ans, était le plus robuste de la famille.

En août 1896, la malade était anémique et exsangue, se plaignant de maux de tête persistants, plus forts la nuit que le jour, et présentant le soir de petits accès fébriles.

Elle souffrait également de la gorge depuis une semaine.

L'examen des organes génitaux montra des lésions inattendues et très caractéristiques.

Il existait au niveau de la grande lèvre gauche un œdème dur, indolent, qui, d'après la malade, datait déjà de trois semaines. Cet œdème correspondait à une ulcération de la base de la grande lèvre, située au niveau de la fourchette vulvaire, de la dimension d'une pièce de 50 centimes. La muqueuse à ce point était creusée en cratère, à contours irréguliers, à bords indurés ; l'ulcération reposait sur une base dure et comme parcheminée. Il s'agissait là, sans aucun doute possible, d'un chancre syphilitique induré, de date récente. D'ailleurs, la lésion s'accompagnait d'une double

adénopathie inguinale avec ses caractères spécifiques, le ganglion le plus voisin de l'ulcération étant le plus gros, et les autres offrant les caractères de dureté et d'indolence des adénites syphilitiques. La pléiade ganglionnaire occupait les deux aines, mais était notablement plus développée du côté gauche, là où empiétait l'ulcération chancreuse.

Comme confirmation de la nature infectante du chancre, il existait des manifestations secondaires cutanées et muqueuses, sur le dos et le ventre se voyait une éruption très discrète de roséole, pâle et mal déterminée, qu'il fallait une certaine attention pour découvrir et qui aurait pu passer inaperçue. Il existait, de plus, un petit nombre d'éléments papuleux caractéristiques ; disséminées sur la région épigastrique, au voisinage du sternum, sur les épaules et sur la nuque. Ces papules, de couleur brunâtre, circulaires, aplaties, légèrement surélevées vers leur centre, offraient une croûtille médiane et s'entouraient à la périphérie d'une collerette squameuse ; elles présentaient tous les caractères classiques des syphilides nummulaires, papulo-croûteuses.

OBS. LI.— Petrin de Galatz. (*Soc. de Dermat. et syphil.* 1900 p. 656) — *Syphilis acquise chez un hérédo-syphilitique quinaire Altérations dentaires.* — A. S..., âgé de 22 ans de nationalité allemande est entré dans mon service de l'hôpital Caltza le 24 Novembre 1898 et est sorti le 29 Novembre de la même année.

*Antécédents héréditaires :*

Son père est mort 10 ans auparavant à la suite d'une maladie qui a duré 6 mois, mais sur laquelle, le patient, enfant à cette époque ne peut donner aucune information. Mais il sait par sa mère qu'avant la maladie qui l'emporta, il fut toujours très bien portant. La mère qui est âgée de 42 ans est très bien portante. Le malade, très intelligent d'ailleurs, affirme que sa mère n'a eu aucun avortement, qu'elle n'a mis au monde aucun enfant mort ni aucun qui ait succombé quelque temps après sa naissance.

Le patient a encore deux frères et deux sœurs, âgés de 13, 18, 20 et 25 ans qui seraient tous bien portants.

Il n'a pas eu d'autres frères et sœurs. Il n'y a aucun de ses frères qui soit marié.

*Antécédents personnels.*

Il affirme avoir toujours joui d'une excellente santé, seulement il a eu il y a 6 ans une blennorrhagie qui a guéri après 1 mois.

Deux mois et demi avant son entrée dans nos salles il a eu un chancre du limbe du prépuce qui a guéri après 1 mois.

Nous constatons une cicatrice qui offre une certaine dureté sur la partie moyenne et antérieure de la région indiquée.

D'après les dires de sa mère, le malade aurait commencé à marcher quand il avait un an. A l'âge de deux ans ayant fait une chute, il s'est fait une contusion du côté gauche du front où je constate une cicatrice longitudinale et une certaine proéminence de la bosse frontale droite attribuée par le malade à une autre chute à l'âge de 10 ans.

*Etat à son entrée.* — De taille moyenne, les cheveux brun clair, le crâne oval, présente sur le front les bosses mentionnées et la cicatrice.

*Système osseux.* — Tous les os sont bien développés et symétriques.

*Dents.* — Trois des incisives inférieures présentent dans le tiers supérieur de leur extrémité libre, une dépression ou sillon transversal de couleur noirâtre. La quatrième incisive externe gauche, qui a une couronne relativement plus large, offre le même sillon, mais moins prononcé et moins noirâtre que les autres.

Les incisives supérieures moyennes présentent dans leur tiers inférieur ou libre une légère dépression ou sillon transversal, de plus la base de la couronne de ces dents est moins large.

A la partie interne de l'incisive moyenne gauche on constate une en taille, une perte de substance de la dent, correspondant à sa portion libre sur une étendue de 1 à 2 millimètres.

Les incisives externes supérieures sont vicieusement implantées, si bien que leurs surfaces antérieures regardent le bord interne des canines correspondantes, d'où leur aspect rétréci. Les canines inférieures présentent aussi dans leur tiers externe (extrémité libre) un sillon transversal tout aussi prononcé que sur les autres dents.

Les autres dents n'offrent rien à signaler, mais il y a quelques molaires atteintes d'un certain degré de carie. Les maxillaires sont bien conformées.

*Organes génitaux.* — La verge et les testicules n'offrent rien d'anormal. Du côté du prépuce constate la cicatrice déjà signalée.

Les ganglions lymphatiques des régions inguinales, axillaires et latérales du cou sont augmentés de volume comme un haricot, une noisette, un gros pois.

Dans la région axillaire droite à côté de plusieurs petits ganglions il y en a un gros comme une amande.

Dans la région crurale on trouve aussi des ganglions hypertroph.

Du côté de la cavité buccale nous constatons des plaques muqueuses sur le pilier antérieur et sur les amygdales.

Rien sur les gencives ni sur la langue.

*Système tégumentaire.* — Pour le tronc nous observons des cicatrices, suites d'acné simplex. Région céphalique : Sur le cuir chevelu on constate un grand nombre de croûtes et quelques pustules grosses comme des pois.

Sur le front il y a de même quelques syphilides pustuleuses aplaties qu'on observe aussi disséminées sur le visage.

De même on constate l'hypertrophie du ganglion lymphatique près de l'articulaire gauche. Le malade n'avait pas ce ganglion hypertrophié à son entrée à l'hôpital.

*Tronc :* Sur la partie antéro-postérieure et supérieure du tronc, on constate quelques papules et pustules rares, ne dépassant pas la dimension d'un petit pois.

De même nous constatons une roséole qui occupe le tronc, les membres supérieurs et les cuisses. Elle n'est pas confluyente.

Comme état général nous n'avons rien à signaler, le malade mange bien, n'a pas de céphalalgie ni de fièvre. Les urines sont normales.

Par conséquent ce malade présente des manifestations secondaires légères.

C'est pourquoi, tenant compte de sa dystrophie coronaire dentaire assez intense et de l'absence des antécédents héréditaires syphilitiques, je me suis demandé si notre malade ne s'est pas infecté du virus syphilitique de sa nourrice. Et comme à cette époque le tissu dentaire n'est pas encore complètement formé, ce virus aurait pu produire la conformation vicieuse des dents. Mais en dehors de sa dystrophie dentaire, nous n'avons pas trouvé de traces de syphilis acquise à cette époque.

Après avoir établi le diagnostic de syphilis secondaire, j'ai soumis le malade aux injections de salicylate de mercure, 10 centigr. une fois par semaine. En même temps, je lui ai prescrit tenant compte de son état lymphatique du vin de quinquina au glycéro-phosphate de soude et des cachets d'arséniate de soude avec du bi-carbonate de soude.

Après cinq injections les syphilides buccales et cutanées ont disparu et le malade a demandé à être congédié.

Mais, le 29 janvier, c'est-à-dire un mois après, il revient chez moi avec quelques plaques ulcérées sur les amygdales et une à la partie supérieure du pharynx.

Comme il ne voulait plus rentrer à l'hôpital je lui prescrivis de prendre chaque jour deux pilules de protoïodure à 5 centigr. et des cautérisations au nitrate d'argent.

Après 15 jours, les lésions n'étaient pas encore cicatrisées. Je recommence les injections de salycilate de Hg et je lui en fais encore quatre, une par semaine. A la suite, les accidents mentionnés avaient disparu complètement.

Obs. LII. — Tavernier. — *Syphilis acquise chez un hérédosyphilitique quinaire. Incisives et canines mordillées. Taie de la cornée. Cicatrices des fesses. Polyéthéisme dans la famille.* — Le nommé Pierr (Napoléon), âgé de 17 ans, peigneur de lin, entre dans nos salles le 23 juin 1885 (Obs. n° 233 du *Recueil d'Obs. Hommes*).

Chancre de l'orifice préputial, induration en anneau ; transformation in situ du chancre en papule érosive, syphilide papuleuse disposé sous forme de bande suivant le trajet du canal de l'urèthre à sa surface inférieure.

Vestiges de roséole sur les membres inférieurs. Papules opalines de l'orifice préputial. Papules érosives de la gorge, de l'anus et de la bouche. Syphilide pigmentaire du cou. Syphilides papulo-squameuses des jambes. Balanite. Dents mordillées : incisives et canines. Taie de la cornée. Cicatrices des fesses. Polyéthéisme dans la famille.

Père et mère bien portants, mère cependant assez sujette à des gastralgies. Huit enfants bien portants dans la famille. 4 autres sont morts de maladies inconnues. A eu la fièvre typhoïde dans son enfance, pas de rhumatismes, de névralgies. Variole il y a 12 ans ; travaille en fabrique depuis l'âge de 12 ans : n'est pas buveur.

A vu deux filles en deux années, la dernière au mois de février dernier. Quatre semaines après il vit apparaître sur la verge une petite érosion blanche non douloureuse, sur laquelle il n'appliqua aucune substance médicamenteuse, se contentant de prendre de la tisane parce qu'il ressentait dans le canal une sensation de brûlure. Il n'eut pourtant pas d'écoulement : depuis fin février jusqu'aujourd'hui il ne suivit aucun traitement et continua son travail. Deux mois après l'insomnie se déclara, des maux d'yeux, des maux de gorge, mais pas de céphalée, d'alopecie, de fièvre.

L'érosion de la verge continua à grandir, elle devint dure, le malade ne peut plus décalotter. Impossible de savoir quand est venue la roséole.

Il y a 15 jours une grande quantité de boutons se développèrent sur les jambes et le malade se décida à entrer à l'hôpital.

Nous le trouvons dans l'état suivant :

Jeune homme assez bien constitué, un peu maigre. La portion antérieure de la verge est occupée par une induration en anneau cartilagineuse, élastique, occupant presque tout le circuit de l'orifice préputial. Cette induration épaisse de 2 à 3 millimètres dans la partie la plus inférieure du prépuce va en s'aminçissant comme les deux cornes d'un croissant, on peut nettement la séparer des tissus sains, et un coup de ciseau l'isolerait immédiatement ; elle est surmontée par une exulcération rouge sur une surface grande comme une pièce de 20 centimes, peu suintante, vernissée, rappelant absolument la coloration rouge du chancre. Dans les autres parties la lésion est diphtéroïde et si on enlève avec un linge cette apparence membraneuse, on trouve sous elle l'apparence rouge, en même temps que se produit une hémorragie légère, sur la face inférieure de la verge quelques papules et une syphilide un peu croûteuse à la partie la plus postérieure.

Dans les aines une adénopathie double spécifique, grosse comme une noisette.

Il y a en somme l'apparence de la transformation *in situ* de Davesse et Deville.

Dans la gorge, en particulier sur les amygdales une grande quantité de papules opalines, la voix est enrouée. Les ganglions sous-maxillaires sont engorgés, durs, indolores, gros comme une noix.

Syphilide pigmentaire du cou très belle (ce jeune homme a une peau fine et blanche comme celle d'une femme).

Chapelet de ganglions assez prononcé dans la région cervicale. Surtout la surface du corps nous ne trouvons aucune lésion cutanée.

Dans le dos peut-être quelques traces de roséole ; sur les jambes des deux côtés, des syphilides papulo-squameuses petites ayant une forte tendance au groupement, le malade se tient debout en travaillant. Notons que les papules suivent d'une façon remarquable le canal de l'urèthre, sous forme d'une bande large de un centimètre. Syphilides pigmentaires de la nuque.

En somme nous constatons chez ce malade une belle transformation *in situ* du chancre, une plaque muqueuse de l'orifice préputial avec induration en anneau persistante à ce niveau, des syphilides papuleuses sous forme de bande, suivant le canal de l'urèthre, de la roséole en voie de disparition sur la partie inférieure du dos et des cuisses ; sur les jambes, au contraire, les lésions sont un peu plus accentuées, il y a des syphilides papulo-squameuses, papules opalines de la gorge.

Nous constatons de plus, chez notre malade, une taie de la cor-  
née résultant d'une lésion oculaire de l'enfance.

Les incisives et canines médianes supérieures sont fortement  
mordillées. Le jeune homme présente comme celui de l'observa-  
tion des cicatrices fessières et il a perdu quatre de ses frères et  
sœurs.

*Traitement* : Pilules de proto-iodure Hg. N° 2 ; Sirpp ioduré  
de fer une cuillerée ; Gargarisme au chlorate de potasse ; Pom-  
made au calomel.

3 Juillet. Il y a une grande amélioration dans l'état des plaques  
muqueuses ; au niveau de l'orifice préputial, les papules opalines  
prennent un aspect rouge.

5 Juillet. Papules érosives de l'anus.

11 Juillet. Guérison des lésions de la verge. Papules érosives de  
l'anus et de la bouche. Cautérisation ; nitrate d'Ag. 1/10.

22 Juillet. Bains de verge.

23 Juillet. Exeat sur sa demande, très amélioré.

OBS. LIII. — Tavernier (Soc. Dermat. et syphil. 1887, p. 513).  
— *Syphilis acquise chez une hérédo-syphilitique quintaire. Dents  
de Hutchinson. Cicatrice de la fesse. Atrophie générale.* — La  
nommée P... Marie, âgée de 24 ans couturière, entre le 27 janvier  
1887, salle St-Henri lit n° 20.

Dents de Hutchinson. Cicatrice de la fesse, atrophie générale de  
la femme. Chancres ecthymateux du pli génito-crural gauche, de la  
petite et de la grande lèvre gauche. Lymphangite bi-inguinale.  
Roséole. Syphilide papulo-croûteuse du bras. Adénopathie géné-  
ralisée. Alopécie sourcillière. Papules opalines de l'isthme  
du gosier. Syphilides érosives des plis radiés. Grossesse de  
3 mois.

Mère morte, suite de couches. Père bien portant, trois enfants  
dans la famille, un frère vivant et très vigoureux, notre malade  
et un troisième mort de cause inconnue. Nous ne trouvons dans  
l'interrogatoire aucune tare de syphilis chez les parents : chez la  
mère pas de fausse couche. Notre malade il est vrai est petite,  
mais n'a aucun antécédent morbide, aucune lésion de l'œil, aucune  
lésion du nez, ni du voile du palais qui puisse nous faire soupçon-  
ner la syphilis héréditaire ; cependant nous trouvons sur la face  
interne de la cuisse une cicatrice lisse, blanchâtre, grande comme  
une lentille. De plus, les incisives médianes supérieures présentent  
des altérations de la dent d'Hutchinson.

Nous ne trouvons donc chez notre malade, aucune maladie ni aucun antécédent morbide antérieur.

Elle est enceinte de cinq mois.

Elle a eu son dernier rapport avant son mariage il y a deux mois.

Elle ne s'est aperçue en aucune façon de l'accident primitif. Vers le 1<sup>er</sup> janvier son attention fut attirée par des démangeaisons inaccoutumées du côté du pli génito-crural. Depuis ce moment aucun trouble dans l'état général, pas de maux de tête ni de maux de gorge, pas de chute de cheveux.

Vers le 15 janvier, apparition des boutons qu'elle porte actuellement sur le corps, quelques douleurs dans l'épaule, un affaiblissement et une courbature générale, l'appétit est tout à fait tombé.

Elle entre dans nos salles le 27 janvier.

Etat actuel : Femme de constitution tout à fait médiocre, cachectisée, petite. Rien au cœur. Aux poumons, en avant, aux deux sommets, inspiration rude, expiration soufflante, affaiblissement du murmure vésiculaire, répercussion des bruits du cœur ; en arrière, à gauche, diminution notable du murmure vésiculaire et mêmes signes qu'en avant.

A l'examen, à la partie inférieure du pli génito-crural gauche, nous voyons un chancre ethymateux, rouge à son centre, grisâtre à sa périphérie, grand comme une pièce de 2 francs et un autre à la face interne de la petite lèvre droite, grand comme une pièce de 20 centimes, présentant les mêmes caractères que le premier.

Lymphangite grosse comme une ficelle, partant du pli génito-crural et allant rejoindre à gauche, deux ganglions indolores et durs, gros comme des œufs de poule.

A droite, trois ganglions comme des noisettes. Sur le corps, localisée au tronc et à la racine des membres inférieurs et supérieurs, éruption maculeuse et papuleuse assez cohérente, ainsi qu'à la face. Syphilide papulo-hypertrophique croûteuse, nettement indurée au bras gauche. Ganglions épitrochléens droits et gauches gros comme un pois.

Rougeur et légère hypertrophie des amygdales. Quelques ganglions cervicaux engorgés. Légère alopecie sourcillière.

En somme, nous nous trouvons en présence d'une femme atteinte de 3 chancres ethymateux de la vulve et du pli génito-crural gauche, portant une éruption secondaire papuleuse et maculeuse cohérente. Les incisives médianes supérieures présentent l'altération bien caractéristique de la dent d'Hutchinson. Inoculation du chancre au bras gauche. Frictions : 2 gr. 5.

31 Janvier. Inoculation négative.

9 Février. Stomatite légère. Hydrargyrie cutanée de la vulve et des creux axillaires consécutives aux frictions.

14 Février. Papules opalines du pilier antérieur droit.

26 Février. Exeat sans accidents.

27 Avril. La malade rentre dans le service pour des syphilides des plis radiés de l'anus. Liqueur de Van Swieten une cuillerée. Suppositoire iodoformé le soir.

3 Mai. La malade a éprouvé des sensations de cuisson parce que les selles étaient dures. Lavement glyciné.

23 Mai. Syphilide pigmentaire du cou.

24 Mai. Exeat guérie.

OBS. LIV. — Tavernier (*Soc. Dermatol. et syphil.* 1887). — *Syphilis acquise chez un hérédo-syphilitique quinaire. Cicatrices des fesses. Crâne natiforme. Dents mordillées.* Le nommé Nis... (Henri) âgé de 17 ans, chaudronnier en fer entre le 20 juin 1885 salle des vénériens, lit n° 18. (*Obs. n° 230, Recueil d'Obs. Hommes*).

Phymosis inflammatoire marquant un chancre infectant un peu phagédénique. Papules hypertrophiques anales.

Syphilides pigmentaires accentuées du cou, du tronc et de l'abdomen.

Cicatrices des fesses. Crâne natiforme. Dents mordillées.

Atrophie générale. Polyléthalité dans la famille.

Père mort de cause que le malade ne peut pas spécifier.

Mère jouit encore d'une bonne santé ; d'une famille composée de neuf enfants il n'en reste plus que cinq.

Tous ont eu la variole dans leur jeunesse.

Pas d'antécédents de maladie vénérienne ou syphilitique. Pas de rhumatisme ou de parents rhumatisants dans la famille.

Pas d'alcoolisme.

Contracte la variole à l'âge de 10 mois. Cette affection a laissé des cicatrices assez nombreuses que l'on peut encore voir à la partie supérieure de la face. Depuis lors il n'a jamais plus été malade.

Etat actuel : Homme atrophie, surmené, pâle.

Il est entré dans nos salles pour un phymosis qui débuta il y a environ 2 mois, 25 à 30 jours après son dernier coït, qui a eu lieu il y a environ 3 mois. Ce phymosis est intense, légèrement inflammatoire, secrète un liquide séro-purulent et empêche le malade de décalotter. Lorsque à ce niveau on soulève le prépuce, on sent à

la partie supérieure du gland une plaque d'induration considérable presque cartilagineuse. Ce phymosis masque peut-être un chancre infectant phagédénique. Tout ceci est douloureux à la pression.

Adénopathie bi-inguinale, spécifique, multiple, ganglions sous-maxillaires gros comme une noisette à gauche.

Toute la chaîne mastoïdienne est prise tant à droite qu'à gauche.

Pas de ganglions épitrochléens. Syphilide pigmentaire du cou et de la nuque, face antérieure du tronc et de l'abdomen.

Papules, hypertrophiques anales.

La malade ne sait pas préciser la date de ses accidents.

Rien du côté de la bouche ni du cuir chevelu. Pas de fièvre, un peu de céphalée le soir. Injections entre le gland et le prépuce avec nitrate d'argent à 1/30.

Bains de verge ; coaltar saponiné.

Lotions avec liqueur de Labarraque.

Poudre d'oxyde de zinc.

Pilules d'Hg. N° 2.

Le malade est en outre atrophié, malingre, chétif, pâle, ses incisives et canines médianes supérieures sont fortement mordillées. Le front est natiforme et aux régions lombo-fessières nous voyons cinq cicatrices rondes, lisses et blanchâtres. Enfin cinq enfants de la famille sont morts en bas âge.

OBS. LV. — Dr Le Pileur. — *Syphilis acquise chez un hérédo-syphilitique quintaire.* — *Altérations dentaires.* — *Voûte palatine en ogive.* — En 1876, je fus appelé auprès d'une dame anglaise atteinte de rhumatisme articulaire aigu.

Dans le cours de la maladie qui évolua simplement et sans complications graves, ma cliente me fit, sur ces antécédents, les confidences suivantes :

Mariée à 19 ans, en 1865, à un de ses compatriotes, elle avait fait une fausse couche 4 mois après son mariage. Le médecin qui la soignait lui fit prendre du mercure et de l'iodure de potassium, mais pas assez secrètement pour l'empêcher de se douter de quelque chose ; et elle ne tarda pas à apprendre que son mari était syphilitique avant son mariage. Elle redevient enceinte en 1866 et accoucha d'un enfant à terme, vivant encore actuellement. Je dois dire ensuite que, si j'ai à nombreuses reprises fait suivre des traitements mercuriels et iodiques à ma cliente, cela a été bien plus par le fait d'une extrême prudence, et pour ne pas heurter une dose assez prononcée de syphilomanie que par nécessité absolue, car, la santé était bonne, et sauf des accidents hystériques assez

fréquents, je n'ai jamais pu constater sur elle, la moindre trace de syphilis.

Il n'en était pas de même de son mari que je vis pour la première fois en 1877 et qui avait à cette époque des gommes de la jambe et des syphilides tuberculeuses du tronc et des cuisses. Celui-ci me raconta, qu'il avait contracté la syphilis à 30 ans, qu'il avait cru pouvoir se marier cinq ans après, et qu'il avait continuellement des manifestations plus ou moins fortes de son mal. Alcoolique renforcé, il se soignait, de plus, d'une façon fort irrégulière. Je le revis encore une ou deux fois, à de longs intervalles, car il venait rarement à Paris ; et pour en finir avec lui, j'appris qu'il était mort à soixante trois ans, d'accidents cérébraux, que d'après la description qui m'en fut faite, je crois pouvoir rapporter à une attaque de *delirium tremens*.

L'enfant, âgé de 10 ans en 1876, n'offrait rien d'extraordinaire au premier abord. Le corps, quoiqu'assez bien proportionné, n'avait pas les dimensions en rapport avec l'âge. C'était un enfant petit, mais en examinant la tête et la face, on était frappé de la petitesse du crâne et de l'hébétude, ainsi que de la niaiserie de la physionomie. Un front étroit, un nez fortement retroussé, une bouche constamment entr-ouverte, suffisaient à lui donner ces caractères, qui, je me hâte, de le dire, étaient dûs en partie, probablement à des végétations adénoïdes (qu'on n'opérait pas alors), et qui devaient contribuer à donner à l'enfant, perpétuellement enchifrené, un semblable aspect.

En examinant la bouche, on était frappé de l'étroitesse de la voûte palatine, du microdontisme, de l'irrégularité des dents, de leurs stries et leurs érosions. Il n'y avait pas là, à proprement parler, des dents d'Hutchinson, mais il était évident que des troubles trophiques considérables avaient dû se produire probablement *in utéro*, puisque dans la première enfance on n'avait remarqué chez lui ni convulsions ni maladie grave.

Comme signes subjectifs, l'enfant était triste, taciturne, très en retard comme instruction, d'une intelligence peu développée, quoique ayant parfois des réparties originales. D'un entêtement presque maladif, il était sujet à des colères effroyables, donnant lieu à des crises presque épileptiformes.

Cependant, j'aurais simplement rapporté tous ces phénomènes, d'une part au rachitisme, de l'autre, à l'alcoolisme du père, et à l'hystérie de la mère, si les parents, tous deux de belle taille sans être géants, tous deux remarquablement intelligents, m'avaient paru capables de donner le jour à un produit aussi imparfait, sans

y avoir été amené par une cause très grave. Or, cette cause, je l'avais ; c'était la vérole existant d'une façon non douteuse et pré-conceptionnelle ; aussi n'hésitai-je pas, je l'avoue, à considérer mon jeune client comme un hérédosyphilitique.

Pendant près de 10 ans, je ne le perdis pas de vue, et le soignais pour des maladies de l'enfance : scarlatine, rougeole, varicelle, trois angines herpétiques. En dehors de cela, aucune maladie grave mais des céphalées très fréquentes, qui disparurent avec la puberté, survenue à 15 ans.

En 1886, le jeune homme retourna en Angleterre, et je ne le revis plus qu'en 1895.

Il vint à cette époque me consulter pour une plaie de la verge, que le médecin de campagne, voisin de la propriété, ne pouvait guérir. Comme j'étais toujours resté en relations de correspondance avec sa mère, celle-ci lui avait conseillé de venir me trouver, et il n'avait pas hésité à faire le voyage et même à s'installer de nouveau en France pour se soigner.

Avril 1895 ; le sujet a maintenant 29 ans, il est d'une taille au-dessous de la moyenne, mais assez bien proportionné. La face a toujours son même air hébété, causé par la bouche entr'ouverte. A peine quelques poils follets aux joues et à la lèvre supérieure (le père avait une barbe superbe). L'intelligence s'est développée sans doute, mais à part l'originalité d'esprit que j'ai signalée, dans l'enfance et qui a persisté, il y a une certaine niaiserie et une naïveté dans les discours, qui permettent de classer le sujet parmi les faibles d'esprit. Il est emphatique, méticuleux à l'excès, prend des notes sur tout, exige qu'on mette les points sur les i avec une insistance et une répétition désespérantes.

La bouche et les dents, dont je présente les moulages, sont tels que je les ai vus à l'âge de 10 ans, avec la différence qu'on peut leur donner vingt années de plus.

Les poils du pubis sont peu fournis. A droite et à gauche, ganglions inguinaux énormes et indolents. Dans le sillon balano-préputial, à droite, chancre infectant type, de 3 centimètres d'étendue à partir du frein, occupant tout le sillon, envahissant une partie de a couronne du gland et la face interne de ce qui reste de prépuce, (le sujet a été circoncis, il y a 20 ans),

Roséole papuleuse sur tout le tronc, discrète sur les cuisses et les bras, angine spécifique, plaques linguales et labiales. Céphalée intense, tristesse morne, se croit perdu.

Le coït infectant remonte au commencement de février, et le malade est bien certain de ce qu'il avance, car ses appétits génés-

ques sont très faibles ; il a toujours eu « grand peur des femmes » et pour lui-même, c'est-à-dire de rester en affront ; et n'ayant eu aucun rapport depuis celui-là, il ne peut, d'autre part, incriminer le précédent qui remonte au mois d'octobre. Le chancre est apparu au mois de mars.

Le malade guérit rapidement par les injections d'huile grise, des symptômes les plus pénibles, céphalée et angine. Le chancre mit encore près d'un mois à disparaître.

Dans l'automne de 1895, le malade eut encore une nouvelle poussée à la langue et aux lèvres, quoique n'étant pas fumeur.

Actuellement, 21 mois après l'infection, tout a disparu, et c'est par raison que le traitement périodique est constitué.

Dans un certain nombre de ces observations l'examen ophtalmoscopique pratiqué par le docteur Terrien ou par le Docteur Antonelli que nous tenons à remercier ici, est venu confirmer le diagnostic d'hérédo-syphilis que nous avait fait porter l'ensemble des dystrophies observées.

On sait que les stigmates ophtalmoscopiques de l'hérédo-syphilis ont été étudiés dès 1897 par le Docteur Antonelli et dans une communication faite au Congrès international d'ophtalmologie de 1900 il exposait ainsi les résultats qu'il avait obtenus. « Les stigmates ophtalmoscopiques nous ont permis de recueillir, pendant ces dernières années, plusieurs observations de syphilis récente, acquise à l'âge adulte (au dessus de vingt ans) par des hérédo-syphilitiques avérés. Nos idées sur l'immunité des hérédo-syphilitiques à l'égard des syphilomes éminemment infectieux, en ont été modifiées, comme il est ressorti d'une discussion à la Société de médecine de Paris, sur la soi-disant loi de Profeta, ou de Behrend. D'enfants *sains*, issus de parents syphilitiques, il n'en existe pas ; car, même lorsque ces enfants n'ont aucune manifestation tégumentaire, même lorsqu'ils sont en apparence superbes, les lésions du fond de l'œil rudimentaires assez souvent, nous montrent que l'enfant n'a pas échappé à l'infection ».

Dans les trois observations de Tavernier que nous rapportons

l'auteur signale l'existence de cicatrices aux fesses sans en fournir les caractères et sans en exprimer la nature. Aussi laissant de côté ces cicatrices qui peuvent être des traces d'hérédosyphilis tertiaire nous n'avons tenu compte que des dystrophies et nous avons considéré les malades comme des hérédosyphilitiques quintaires.

Nous avons rapporté quelques cas de syphilis acquise chez des hérédosyphilitiques quaternaires. Dans tous ces cas la lésion est caractérisée par du nanisme, du strabisme ou de la glossite exfoliatrice et s'accompagne de stigmates d'hérédosyphilis quinaire.

On peut, après examen de nos observations, juger que les hérédosyphilitiques quaternaires et quintaires contractent la syphilis comme les individus normaux. L'hérédosyphilis quaternaire et quinaire a en effet une virulence très atténuée. Cette virulence est épuisée soit par l'éloignement de l'infection des géniteurs soit par l'action du traitement spécifique.

---

## CHAPITRE III

### LA SYPHILIS ACQUISE CHEZ LES HÉRÉDO-SYPHILITIQUES TERTIAIRES

Dans le chapitre précédent, nous avons envisagé la possibilité de la syphilis acquise chez les hérédosyphilitiques porteurs de stigmates dystrophiques et chez les hérédosyphilitiques atteints de lésions parasyphilitiques c'est-à-dire chez les hérédosyphilitiques quintaires et quaternaires et nous avons vu que ces cas ne sont pas très rares. Nous avons été obligé de discuter l'origine syphilitique des dystrophies qui, pour la plupart et prises isolément, peuvent résulter d'autres intoxications ou d'autres infections que la syphilis. Si, donc, nous n'avions que ces cas nous ne pourrions démontrer, de façon absolue, que la syphilis peut être contractée par les hérédosyphilitiques, car les lésions dystrophiques ou parasyphilitiques ne sont pas considérées comme étant de nature syphilitiques.

Dans les cas que nous allons maintenant étudier, il ne peut y avoir doute non seulement sur l'origine mais encore sur la nature syphilitique des lésions observées. Nous avons pu réunir en effet seize observations dans lesquelles l'hérédosyphilis s'est manifestée non plus par des stigmates dystrophiques ou par des lésions parasyphilitiques mais par des lésions d'hérédosyphilis tertiaire. Ces lésions ne se distinguent en rien de celles qu'on observe au cours des accidents tertiaires de la syphilis acquise.

Nous pensons apporter dans ce chapitre des faits vraiment nouveaux en groupant les cas de syphilis acquise chez des hérédosyphilitiques tertiaires. On ne peut nier dans ces cas qu'il s'agisse de lésions syphilitiques d'origine et de nature.

Tous ces faits ont été observés par des syphiligraphes dont l'autorité est incontestée. Les deux observations qui nous sont personnelles ont été recueillies dans le service de M. le Professeur Gaucher. Elles ont été suivies et interprétées par lui et c'est avec lui que nous avons présenté l'une d'elles à la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Ces faits apportent donc avec eux la démonstration de ce que nous avançons à savoir que la syphilis peut être contractée par des hérédo-syphilitiques vrais, c'est-à-dire présentant des accidents d'hérédo-syphilis tertiaire tels que ceux observés au cours de la syphilis acquise alors que l'infection s'est atténuée soit par le temps, soit par le traitement spécifique.

Nous allons rapporter nos observations sans discuter plus longuement car elles comportent la démonstration de notre thèse.

Obs. LVI. — Gaucher et Rostaine. — *Syphilis acquise chez une hérédo-syphilitique tertiaire. Nez écrasé à la base. Lésion consécutive à une ostéite des os propres du nez.* — M<sup>me</sup> X., âgée de 23 ans a contracté la syphilis il y a 7 ans.

Elle eut à la suite, de la roséole et des plaques muqueuses. Elle se soigna régulièrement et n'eut pas d'autres accidents. Il y a 5 ans elle fit une fausse couche. Elle vivait alors avec l'homme qui l'avait contaminée. Depuis 3 ans elle est mariée à un homme non syphilitique et qui n'a pas contracté la syphilis avec elle. Il y a 10 mois elle accouche à terme d'un enfant bien constitué.

Depuis l'âge de 6 semaines cet enfant est atteint d'une éruption syphilitique généralisée à forme bulleuse, occupant les jambes, les fesses et les bras.

Depuis l'âge de 2 mois il a du coryza. Il y a deux mois avant que nous ayons commencé le traitement, il présentait à l'anus une large plaque muqueuse hypertrophique, à la face une éruption érythémateuse, à la commissure labiale gauche une petite plaque muqueuse et quelques plaques semblables sur la langue. Le ventre est gros, le foie normal ; on ne sent pas la rate. On ne trouve pas de dystrophie osseuse. Les veines du système crânien sont très développées.

L'enfant a donc une syphilis héréditaire, avec accidents secondaires, c'est-à-dire, encore une syphilis très active malgré le traitement suivi régulièrement par la mère, malgré la date de la

syphilis maternelle qui remonte à 7 ans, malgré aussi, la syphilis héréditaire de la mère, car, nous trouvons sur elle un stigmate, qu'elle dit résulter d'une chute faite pendant l'enfance, stigmate indéniable de syphilis héréditaire. Elle a un « nez écrasé à la base », nez qui au-dessous de l'épine nasale du frontal est absolument déprimé, épaté, aplati, élargi en surface.

Cette malformation est caractéristique de la syphilis héréditaire, C'est d'ailleurs le seul stigmate que nous trouvions chez notre malade.

Nous ajoutons que cette femme est d'une très belle santé et qu'elle ne présente aucune dystrophie. Mais elle nous raconte que sur quinze enfants, ils ne sont plus que cinq, que sa mère contracta la syphilis par un chancre du sein en allaitant un nourrisson après sa deuxième grossesse. Notre malade est la treizième enfant. Le premier et le deuxième sont vivants et bien portants, ils sont nés avant la syphilis de la mère ; le troisième, fausse couche de quatre mois. Les quatrième, cinquième, sixième, septième et huitième sont morts entre dix et vingt-deux mois d'affection pulmonaire dit notre malade. Le neuvième meurt de méningite à quinze mois. Le dixième est vivant, bien portant, mais a un enfant qui a eu toujours mal aux yeux. Le onzième, fausse couche de cinq mois. Le douzième est mort de méningite à deux ans et demi. Le quatorzième est un garçon actuellement au régiment et bien portant. Le quinzième est mort d'accident.

Enfin voici l'examen ophtalmoscopique qui a été pratiqué par M. le Dr Terrien.

Mère : plaques d'atrophie choroïdienne périphériques, surtout marquées en bas des deux côtés, au voisinage de l'équateur et à droite. De plus, petits amas pigmentaires.

Enfant : Rien de net. Examen très difficile.

Voilà donc une femme, née d'une mère syphilitique, ayant eu un accident syphilitique pendant son enfance et qui contracte à 16 ans la syphilis. Au bout de 7 ans, étant syphilitique héréditaire et acquise, elle donne naissance à un enfant hérédo-syphilitique avec accidents secondaires, et cela malgré la syphilis ancestrale et le traitement.

Obs. LVII. — Personnelle (recueillie dans le service de M. le Professeur Gaucher). — *Syphilis acquise chez une hérédo-syphilitique tertiaire quaternaire et quintaire. Nez écrasé par ostéite. Nanisme. Altérations dentaires.* — D..., 19 ans, blanchisseuse, entre le 5 Décembre 1903 dans le service de M. le Professeur Gaucher à l'hôpital Saint-Louis, salle Henri IV. Depuis huit jours elle

présente deux chancres indurés typiques de la grande lèvre gauche; exulcérations reposant sur une base indurée. Il existe de plus de l'œdème de la grande lèvre et une réaction ganglionnaire intense dans l'aîne gauche. Il n'y a pas encore de roséole.

En plus de cette syphilis acquise on trouve des stigmates non douteux d'hérédo-syphilis caractérisés par de l'effondrement des os propres du nez qui est apparu à l'âge de deux ans et demi et qui est par conséquent dû à une nécrose osseuse, par des altérations dentaires : les dents sont mal rangées, chevauchant les unes sur les autres, l'incisive latérale supérieure gauche est implantée sur la voute palatine, par du nanisme : la malade a un mètre quarante-quatre et enfin par des maux d'yeux dont elle a souffert jusqu'à quatre ans et demi.

La mère de notre malade est morte d'affection inconnue, son père est bien portant. Sur sept enfants, quatre sont morts entre un et deux ans. Il reste encore notre malade et deux filles dont l'une est anémique et l'autre a marché à deux ans.

OBS. LVIII. — Hutchinson (*Méd. Times and Gaz.* 1863, *Syphil.*, 1887). — *Syphilis acquise chez un hérédo-syphilitique, tertiaire. Eruption syphilitique. Kératite ponctuée. Irido-coroïdite.* — Le père et la mère du malade ont contracté la syphilis 6 ans avant la naissance de l'enfant. Les trois aînés sont morts en bas-âge.

Dans l'enfance le malade eut une éruption syphilitique, vers la 15<sup>e</sup> année; une kératite ponctuée et une irido-choroïdite qui cédèrent à un traitement mercuriel. A 20 ans, le malade contracte la syphilis; roséole et ulcérations dans la gorge. Traitement mercuriel.

OBS. LIX. — Wolff. — *Syphilis acquise chez une hérédo-syphilitique tertiaire. Syphilides tuberculeuses ulcérées du dos.* — Les frères et sœurs aînés de la malade sont morts en bas-âge, au cours de la première année de leur existence. A l'âge de 16 ans, la malade mal développée, virgo, eut des syphilides tuberculeuses ulcérées dans le dos qui cédèrent à un traitement antisypilitique.

Six ans plus tard elle fut affectée d'un chancre induré aux lèvres génitales accompagné des manifestations de la période secondaire.

OBS. LX. — (Rineeyer). — *Syphilis acquise chez une hérédo-syphilitique tertiaire. Ulcérations de l'espace naso-pharyngien.* — L'auteur présente un homme vigoureux de 29 ans qui eut à dix ans des phénomènes d'hérédo-syphilis tardive sous forme d'ulcérations de l'espace naso-pharyngien. Il y a un an, le malade con-

tracta un chancre induré phagédénique, accompagné de syphilides ulcéreuses cutanées.

OBS. LXI. — Merkel, Bayerisches Intelligenzblatt, 1869. — *Syphilis acquise chez une hérédosyphilitique tertiaire. Perforation palatine. Cicatrices étoilées à l'angle des lèvres.* — L'auteur cite une observation relative à une jeune fille qui fut affectée dans l'enfance d'une perforation du palais d'origine syphilitique, de cicatrices étoilées à l'angle des lèvres et, vers l'âge de 19 ans de symptômes de syphilis secondaire comme syphilides maculo-papuleuses du corps et papules muqueuses aux lèvres des organes génitaux.

OBS. LXII. — Dieulafoy. Syphilis du poumon et de la plèvre. (*Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 7 juin 1889. — *Syphilis acquise chez un hérédosyphilitique tertiaire. Gomme du tibia*). — « Je pourrais vous citer encore une observation de syphilis pulmonaire prise dans mon service en 1896 par M. Legrand mon interne, mais dans ce cas je ne saurais vous dire si la pneumopathie relevait de la syphilis acquise, ou de la syphilis héréditaire; jugez plutôt : Un homme était entré à l'hôpital St-Antoine avec de la toux, des hémoptysies et tous les signes rationnels de la phtisie pulmonaire tuberculeuse. Nous fûmes cependant arrêtés dans notre diagnostic par la localisation bizarre de la lésion à la partie moyenne du poumon, par l'absence de bacilles dans les crachats et enfin par la constatation de dents typiques d'Hutchinson.

Fouillant alors le passé de notre malade, nous trouvâmes chez lui des stigmates de syphilis dont la filiation chronologique était bien faite pour nous surprendre.

Cet homme, quelques années auparavant, avait souffert de gommes du tibia constatées par le M. le Dr Barbe; mais, chose étonnante, il avait contracté ensuite un chancre induré de la verge, dont il portait la cicatrice, depuis 16 mois seulement. Notre malade avait donc eu successivement deux syphilis; une première héréditaire (les déformations dentaires et les gommes des membres inférieurs le témoignent); une seconde acquise (le chancre induré de date relativement récente en était une preuve suffisante).

C'était plus qu'il n'en fallait pour administrer l'iodure de potassium et le mercure qui amenèrent la guérison à brève échéance, mais je ne saurai jamais si cette thérapeutique bienfaisante guérit une pneumopathie syphilitique acquise ou une pneumopathie héréditaire.

OBS. LXIII. — Honn (Wurzburg 1890). — *Syphilis acquise chez une hérédosyphilitique tertiaire. Nez affaissé. Ostéite des os du*

*nez. Perforation de la cloison nasale et du voile du palais.* — Mme M. K... âgée de 18 ans, eut, en bas âge une éruption syphilitique ; à 12 ans des ulcérations au voile du palais et du nez. Aujourd'hui le nez est affaissé ; le vomer et les os nasaux sont en partie détruits ; dans le conduit nasal droit, ulcérations superficielles. Perforation cicatrisée de la cloison nasale et du palais osseux. En outre, la malade présente un chancre induré caractéristique dans la fosse naviculaire.

OBS. LXIV. — Hutchinson (Med. Journ. 1894). — *Syphilis acquise chez un hérédo-syphilitique tertiaire. Kératite interstitielle. Cicatrices aux coins des lèvres. Nez affaissé.* — Un homme de 25 ans porteur de traces de l'hérédo-syphilis, telles que kératite interstitielle, cicatrices aux coins des lèvres, nez affaissé ; un frère accusant une maladie chronique des os, contracta un chancre induré suivi de symptômes secondaires consécutifs.

Un an plus tard, dactylite syphilitique.

OBS. LXV. — Lang. — *Syphilis acquise chez un hérédo-syphilitique tertiaire, gomme des jambes et du pharynx.* — Le malade était syphilitique. Les enfants aînés sont morts bientôt après la naissance

Le malade, le cadet des enfants fut bien portant jusqu'à l'âge de 16 ans. A cette époque des gommes se déclarèrent aux jambes et dans le gosier. A 25 ans chancre induré caractéristique, accompagné d'adénite.

Lang ajoute que depuis cette époque il a observé plusieurs cas semblables.

OBS. LXVI. — (Dr Emery) (in Th. Ed. Fournier). — *Syphilis acquise chez un hérédo-syphilitique tertiaire. — Déformation nasale consécutive à une ostéite des os propres du nez.* — Il s'agit dans ce cas d'un jeune homme d'une vingtaine d'années qui a été affecté, il y a deux mois, d'un chancre syphilitique péri-génital, et qui s'est présenté vers la fin de mai, avec des accidents secondaires de date toute récente (syphilides papuleuses disséminées ; syphilides érosives confluentes sur la verge et sur le scrotum ; plaques muqueuses du voile palatin, adénopathies péripharyngées, etc.).

Or on retrouve sur ce jeune homme des stigmates bien peu douteux d'hérédo-syphilis à savoir :

1° Dystrophies dentaires très accentuées ; érosions sur toutes les incisives, supérieures et inférieures, dystrophies cuspidiennes des 4 canines.

2° Stigmates oculaires multiples ; taie centrale de la cornée gau-

che consécutive à une ophtalmie prolongée qui s'est produite à l'âge de 14 ans, modifications pigmentaires du fond de l'œil : léger cadre pigmentaire péri-papillaire ; atrophie généralisée du pigment rétinien, papille plate, avec légère trace de suffusion. Strabisme.

3° Déformation du nez consécutivement à une affection « ulcéreuse » qui s'est produite à l'âge de 11 ans.

En outre, polymortalité infantile ; six enfants morts sur onze.

L'enquête n'a pu encore être faite sur les ascendants.

OBS. LXVII. — Cabannes et Ch. Lafon (Société d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 17 oct. 1904. — *Syphilide tuberculo-ulcéreuse de la paupière inférieure et de la région lacrymale. — Manifestation de la syphilis acquise chez une hérédosyphilitique. — Hérédosyphilis tertiaire. — Kératite interstitielle.*

» Nous avons l'honneur de présenter à la société une malade qui est entrée à la clinique ophtamologique du professeur Badal, pour des ulcérations de la région lacrymale et de la paupière inférieure droite. Cette malade, qui a actuellement 20 ans, se livre depuis l'âge de 13 ans 1/2 à la prostitution clandestine ou officielle ; elle a l'apparence d'une bonne santé. Son père est un alcoolique invétéré et sa mère est morte d'une affection aiguë des poumons. Elle a eu 8 frères et sœurs ; 4 sont actuellement vivants et en bonne santé ; une de ses sœurs, cependant, présente des lésions probablement tuberculeuses de la jambe ; les 4 autres sont morts en bas-âge.

Elle a eu une enfance malade ; il nous faut mentionner des adénopathies cervicales vers l'âge de 8 ans ; les ganglions suppuraient et durent être incisés. A 10 ans, elle a une kératite interstitielle, surtout accentuée à droite ; actuellement, la cornée droite présente un trouble diffus et profond, qui est la signature de cette affection ; vers la même époque, elle souffrait d'amygdalite chronique et de végétations adénoïdes. Réglée à 13 ans, elle n'a jamais été enceinte.

Elle nie toute syphilis, et prétend n'avoir jamais été arrêtée pour maladie contagieuse, depuis quatre ans qu'elle est soumise à une surveillance officielle ; elle présente de la vaginité chronique, de la métrite et de l'annexite double ; il y a 3 ans, elle a eu une urétrite avec cystite.

L'affection qui nous occupe a débuté vers le milieu de juin 1904 par du larmoiement de l'œil droit ; vers le milieu de juillet, la région du sac commençait à rougir et il se forma une petite tumeur que le docteur Junior Vitrac incisa ; puis il essaya de pratiquer le cathétérisme des voies lacrymales ; la petite plaie suppura, sans avoir de tendances à se fermer. Vers le commencement de septem-

bre, la malade remarqua qu'elle avait une petite croûte au niveau des cils de la paupière inférieure du même côté ; cette croûte, en tombant, laissa une petite ulcération, la paupière se gonfla, devint dure et l'ulcération s'agrandit en surface et en profondeur. Quinze jours après, environ, le docteur Boisseau pratiqua un curettage de cette ulcération.

La malade entre à l'hôpital le 3 octobre. A ce moment, au niveau de sa paupière inférieure gauche, très épaissie, elle présente une ulcération avec perte de substance, taillée en biseau, aux dépens de la face cutanée. Sur cette face, la perte de substance à peu près rectangulaire, a 12<sup>mm</sup> de large sur 6<sup>mm</sup> de haut ; sur la face conjonctivale, 5<sup>mm</sup> de large sur 4<sup>mm</sup> de haut. Au niveau de l'ulcération, la paupière présente 5<sup>mm</sup> d'épaisseur. Le fond est rougeâtre, bosselé, recouvert de pus jaunâtre dilué par les larmes ; le bord conjonctival est coupé net ; au contraire, le bord cutané est épaissi ; la rougeur et l'empatement s'étendent jusqu'au sillon orbito-palpébral en dedans et sur une étendue de 4 à 5<sup>mm</sup> en dehors.

Au niveau de la région lacrymale il existe une autre ulcération, longue de 10 millimètres environ, sur 4 de large, à extrémités arrondies, légèrement concave et embrassant l'angle interne dans sa concavité ; ses bords sont épais et rouges et elle est recouverte par une croûte jaunâtre.

Ces ulcérations ne sont pas douloureuses spontanément ; leur palpation l'est un peu ; elles sont élastiques, assez molles.

La conjonctive bulbaire est intacte, il n'existe qu'un petit ganglion indolore dans la région sous-maxillaire, il y en a un de chaque côté.

Les dents sont mal plantées, irrégulières, les molaires sont gâtées et la voûte palatine est très ogivale.

Quelle était la nature de cette lésion ?

A première vue, on pensait à un chancre de la paupière ; mais l'absence d'adénopathie ne permettrait pas de s'attarder à ce diagnostic ; il restait alors la tuberculose ou la syphilis tertiaire. En faveur de la première hypothèse, il y avait certains antécédents et le mode de début qui ressemblait à celui d'une dacryocystite bacillaire, consécutive à des lésions tuberculeuses du nez. Mais l'examen rhinoscopique, pratiqué par M. Maure, permit de constater l'intégrité des fosses nasales.

Pour trancher la question, nous prescrivîmes un traitement spécifique, et sous l'influence du mercure il se produisit une amélioration rapide. Aujourd'hui, après 15 jours de traitement, l'ulcération de la région lacrymale est guérie, la paupière infé-

rieure est dégonflée et la perte de substance est à peu près comblée.

Il s'agit donc d'une lésion syphilitique.

Si nous considérons que notre malade a perdu plusieurs frères et sœurs en bas âge, qu'elle même a eu une enfance malade, qu'elle a surtout présenté à douze ans une kératite interstitielle, nous pouvons nous permettre de poser le diagnostic à peu près certain de terrain hérédo-syphilitique. Il est également permis cependant d'incriminer une contagion syphilitique, une syphilis acquise, qui est la cause directe de la lésion que nous venons de décrire.

Le terrain, loin d'immuniser dans le cas particulier, aurait donc plutôt favorisé la contagion et occasionné la lésion palpébrale.

OBS. LXVIII. — Hochsinger (Vienne 1898). — *Syphilis acquise chez une hérédo-syphilitique tertiaire. Coryza, Éruptions syphilitiques.* — Le père et la mère étaient syphilitiques. Leur fille présente à la naissance des symptômes de syphilis congénitale. Coryza et éruption syphilitique, cédant à un traitement anti-syphilitique. A l'âge de 11 ans périostite des tibias. A 21 ans, elle se marie.

Son mari, qui refuse obstinément de se laisser examiner, éveille par cela même le soupçon d'une syphilis ancienne. Ils ont deux enfants hérédo-syphilitiques. Pendant l'allaitement du 2<sup>e</sup> enfant, la mère présentait des papules dans la bouche et aux organes génitaux.

OBS. LXIX. — Koulneff. — *Syphilis acquise chez un hérédo-syphilitique tertiaire.* — *Périostites diffuses des os longs.* — Un jeune homme, âgé de 16 ans, contracte (en avril 1886) une ulcération dans le sillon retro-glandulaire, 20 jours après un coït suspect. La marche ultérieure démontrera qu'il s'agissait incontestablement d'une induration syphilitique initiale. Léger engorgement des ganglions inguinaux gauches. Trois semaines à peu près après le début du mal, le malade fut examiné par le professeur Tarnowsky, qui confirma le diagnostic de chancre induré et qui, constata chez le malade des traces de syphilis héréditaire, à savoir : développement défectueux des dents, constitution faible et périostites diffuses des os longs. En effet, le père du malade était incontestablement syphilitique ; quant à la mère, elle était indemne de syphilis. Un traitement mercuriel de courte durée fut institué avant l'apparition des symptômes consécutifs. Résultats, disparition de l'induration primitive et résorption des ganglions cervicaux. Amélioration de l'état général.

En observant ensuite le malade pendant deux années, le Dr Koulneff ne releva aucun symptôme de syphilis secondaire.

OBS. LXX. — Mayeff. — *Syphilis acquise chez un hérédo-syphilitique tertiaire. — Perforation de la cloison nasale. — Ulcération gommeuse du voile du palais. — Périostites diffuses des extrémités.* — Un étudiant de l'académie de médecine, M. N..., âgé de 25 ans, se présente à la clinique du professeur Tarnowsky, porteur d'une érosion chancreuse caractéristique dans le sillon coronal du pénis et un engorgement indolore des ganglions inguinaux gauches.

Ce malade présentait des traces incontestables d'hérédo-syphilis manifestée en bas-âge : perforation cicatrisée de la cloison nasale ; cicatrice consécutive à une ulcération gommeuse au voile du palais et périostites diffuses des extrémités.

Traitement exclusivement local, emplâtre mercuriel sur l'ulcère. Il fut placé dans une salle ne contenant aucune exhalation mercurielle. A la guérison de l'ulcération primitive, après un séjour de 2 mois à l'hôpital, le malade quitta la clinique et surveillé pendant 1 an 1/2 par le Dr Mayeff, ne présenta aucun symptôme syphilitique.

OBS. LXXI. — Jullien et Thuvien (Ann. Dermat. 1899 p. 408). — *Syphilis acquise chez un hérédo-syphilitique quaternaire et tertiaire. Défaut de développement général. Intelligence arriérée. Atrophie cutanée. Absence congénitale des ongles. Cicatrices des jambes. Glossite scléreuse.* — Les cas de réinfection des sujets héréditairement frappés par la syphilis ne sont pas rares.

Si nous publions l'observation suivante, c'est qu'elle ne laisse rien à désirer sous le rapport de la précision.

Nous savons en effet, que le père du sujet contracta la syphilis 6 mois avant son mariage, qu'il s'en soigna à peine et que 9 mois après un enfant naquit que nous avons eu l'occasion d'examiner âgé de 22 ans.

Le père est depuis fort longtemps mort de la fièvre typhoïde aggravée par des habitudes d'alcoolisme et la mère offre les attributs d'une excellente santé.

C'est un jeune homme plutôt petit, d'aspect chétif, réformé pour faiblesse de constitution, n'ayant réussi en rien, ni dans ses études, ni dans ses tentatives ultérieures c'est le minus habens dans toute l'acceptation du mot, il est sans profession et heureusement appartient à une famille riche qui l'a toujours soumis aux conditions d'hygiène les mieux comprises.

Ce qui frappe avant tout, c'est l'état du tégument qu'on dirait insuffisant, atrophie et comme étiré, le sujet donne au plus haut point l'impression d'avoir la peau trop courte.

Sur le torse, la coloration est irrégulière, de larges nappes pigmentaires alternent avec des aires dyschromiques et achromiques.

Les membres inférieurs sont couverts de cicatrices datant de l'enfance, mais il est une particularité que nous n'avons jusqu'à présent noté dans aucun fait de ce genre, c'est l'absence des *ongles* tant aux doigts qu'aux orteils, il n'y a pas d'ongles, il n'y en a jamais eu. A leur place, au lieu d'une voussure légèrement bombée, se voit une dépression. Aucune trace de matière cornée. Les dents sont mauvaises, mais ne présentent rien de caractéristique. Les yeux ont été souffrants depuis le premier âge, mais les cornées nous paraissent saines; on nous parle surtout d'un larmolement de l'œil gauche inutilement traité pendant de longues années et pour lequel on a pratiqué l'extirpation de la glande lacrymale.

Enfin, les parents insistent sur une lésion de la langue, de la glosite scléreuse superficielle, caractérisée par des produits blanchâtres psoriasiformes, ou des fissures saignantes douloureuses, revenant sous l'influence des moindres irritations, vinaigre, etc., accidents suivis par l'un de nous depuis 10 ans de loin en loin.

Comme on peut le supposer les soins n'ont pas manqué à ce débile, à cet avorton que nombre de médecins ont vu pour une longue suite de malaises et d'infirmités, et qui présente entre autres prédispositions morbides, celle d'être hémophilique. Plusieurs fois de graves saignements de nez ont mis sa vie en danger.

C'est dans ces conditions que le 24 septembre et le 3 octobre 1898 ce jeune homme eut des rapports avec une jeune ouvrière qu'on lui dit ensuite être malade. Il la fait effectivement examiner par un médecin qui lui apprend que cette femme est syphilitique et l'engage à se surveiller.

Le 15 novembre un chancre est apparu depuis quelques jours sur le gland et l'un de nous consulté, en reconnaissait la nature.

Les accidents secondaires se montrent en janvier. Le 10, une éruption papulo-pustuleuse discrète sur le corps, confluent sur la face et le cuir chevelu s'était développée accompagnée de symptômes généraux graves, affaiblissement et anxiété. Nous le vîmes ensemble le 26 février et bien que le traitement spécifique eut été régulièrement institué, les symptômes persistaient plus inquiétants par leur retentissement général que par les désordres locaux, réduits à peu de chose en réalité.

Il est vrai que ce traitement rencontrait de grands obstacles;

Intolérance spéciale pour le mercure, salivation immédiate. Gingivite hémorragique dès qu'on élevait ce médicament à la dose thérapeutique, épistaxis extrêmement abondante survenue après la suppression de la liqueur de Van Swieten.

Cependant la nature des éruptions d'aspect ecchimotique en ce moment ne pouvait laisser aucun doute.

Il n'y avait pas d'albumine dans les urines, les reflexes patellaires étaient notablement exagérés.

Un traitement visant surtout le réconfort de l'état général fut arrêté. Mais le lendemain survenait une pneumonie qui emportait le malade en 36 heures.

Tel est le fait qu'il nous a paru intéressant de rapporter.

Au tableau déjà si chargé des dystrophies héréditaires, il nous semble apporter un trait nouveau, celui de l'absence congénitale des ongles.

Véritable caractéristique du type ci-dessus décrit au même titre que la malformation vasculaire d'où dériverait l'hémophylie qui a tant de fois failli causer la mort de ce malheureux.

Ces faits sont rares, très rares même puisque pendant deux ans sur un ensemble de cinq mille malades vus dans le service de M. le professeur Gaucher nous n'avons pu en relever que deux. De plus ces faits ne sont pas admis et lorsque nous présentâmes avec notre maître M. le professeur Gaucher à la Société de Dermatologie la malade de notre observation LVI M. le professeur Fournier et M. le D. Barthélémy donnèrent leur opinion à ce sujet. Il nous paraît intéressant de la rapporter.

Notre malade avait eu dans l'enfance une ostéite nécrosante des os propres du nez qui avait abouti à la déformation typique du nez écrasé à la base. Cette déformation n'était pas due à un trouble de développement du squelette nasal mais bien à une ostéite car elle s'était produite pendant l'enfance et n'existait pas à la naissance. De plus cette déformation était irrégulière rappelant absolument celle qu'on observe au cours de la syphilis acquise à la suite de lésion semblable.

M. Barthélémy s'exprimait ainsi : « Il n'est pas rare que les enfants des parents syphilitiques puissent acquérir pour leur compte la syphilis, si dystrophisés, soient-ils par la syphilis

du ou des géniteurs : il n'y pas d'exemple au contraire de syphilis acquise par des sujets ayant présenté des accidents de syphilis héréditaire vraie, syphilides érosives ou ulcéreuses, gommes etc. En d'autres termes, il y a lieu de grandement distinguer l'hérédité syphilitique ses tares et ses dystrophies de la syphilis héréditaire et de ses manifestations spécifiques »

Le professeur Fournier va plus loin et réclame pour entraîner sa conviction de voir des sujets ayant eu de l'hérédo-syphilis secondaire contracter ensuite la syphilis : « Ce que nous voudrions voir dit-il ce serait un syphilitique héréditaire présentant des accidents de syphilis secondaire à sa naissance puis prenant plus tard la syphilis. Je ne connais pas de fait de ce genre ».

Pour répondre à ces objections que l'on ne manquera pas de nous faire, disons que l'hérédo-syphilis tertiaire est bien de la syphilis en nature, et que nos observations démontrent que la syphilis peut être contractée par des hérédo-syphilitiques tertiaires.

Ainsi l'observation LXII que nous empruntons à M. le professeur Dieulafoy nous offre l'exemple d'un malade ayant eu une gomme du tibia constatée et traitée par un syphiligraphe et qui cependant quelques années après présentait un accident primitif de la verge. De même dans le cas d'Emery (observ. LXVI) que nous avons trouvé dans la thèse d'Edm. Fournier le malade présente une « déformation du nez, consécutive à une affection « ulcéreuse » qui s'est produite à l'âge de onze ans.

Il s'agit donc bien là d'hérédo-syphilis vraie, d'hérédo-syphilis tertiaire, dont les manifestations ne se distinguent pas de celles de la syphilis acquise.

La raison qui peut arrêter pour admettre l'existence de cas semblables, c'est que la syphilis ne se double pas, c'est qu'on n'a pas de cas certains de réinfection syphilitique. S'il fallait en effet admettre la réinfection syphilitique pour admettre l'existence de cas de syphilis acquise chez des hé-

rédo-syphilitiques, nous serions arrêtés. Mais l'héredo-syphilis tertiaire est une infection très atténuée dont la virulence est très différente de celle de la syphilis secondaire. Nous n'en donnerons qu'une preuve : les accidents tertiaires consécutifs à une syphilis acquise sont des accidents d'une syphilis atténuée, à tel point, qu'ils ne sont pas contagieux. Cette opinion est acquise par l'observation clinique depuis longtemps ; mais en ces derniers temps à la suite des expériences dûes au Dr Salmon cette opinion est confirmée par des faits que nous allons rapporter : « la présence du virus dans le pus de la gomme syphilitique, dit l'auteur, n'a pu être démontrée, ni par la clinique, ni par l'expérimentation. La plupart des syphiligraphes admettent que l'on n'observe jamais de vérole transmise par des malades porteurs de gommages ulcérées. A l'époque où l'on discutait sur la contagiosité des accidents successifs de la vérole, on a publié les résultats positifs, indiscutables, obtenus sur l'homme sain inoculé avec le liquide recueilli soit sur le chancre induré, soit sur les plaques muqueuses, mais on n'a pu communiquer la syphilis à l'homme sain avec la gomme comme source de virus.

Ce fait, la non-contagiosité, a été donné comme une des caractéristiques « des accidents de la période tertiaire », et même « quaternaire ».

Nous avons pris comme sujets d'expérience deux singes non anthropoïdes, de races susceptibles de contracter dans certaines conditions la syphilis ; un *macacus cynomolgus* et un *macacus sinicus*.

L'homme choisi portait au bras une vaste ulcération, une gomme syphilitique authentique. Huit ans auparavant, le malade avait eu un chancre induré, des plaques muqueuses, puis une syphilis maligne ayant laissé sur la peau de larges cicatrices. Depuis sept ans le malade a cessé tout traitement, depuis quatre jours il a absorbé de l'iodure et deux pilules de proto-iodure. Le malade, depuis quatre jours a recouvert sa plaie d'un simple pansement à l'eau bouillie (ceci pour éviter la présence d'un antiseptique dans le pus).

Le pus de l'ulcère gommeux a été inoculé par scarifications multiples superficielles, en divers points de la peau du singe, la peau du sourcil en particulier ; le pus a été largement ensemençé sur les points d'inoculation nous avons obtenu un résultat négatif.

Ceci est d'accord avec le fait classique, le liquide exsudé à la surface de la gomme tertiaire ne serait pas doué du pouvoir infectant.

Nos animaux cependant n'étaient pas réfractaires au développement du virus syphilitique ; et, d'autre part, le pus de la lésion gommeuse ne contenait pas un virus atténué, une sorte de vaccin capable de donner l'immunité antisypilitique ; en effet, inoculé avec des lésions de syphilis secondaire, un des singes a contracté la vérole.

Soixante-dix jours après l'expérience faite avec la gomme, nous avons scarifié ces deux singes avec le tissu pris par râclage sur les papules sèches de deux hommes syphilitiques. L'un de ces malades était atteint d'une éruption très intense, sous forme de syphilides pustulo-crustacées, le chancre induré avait débuté il y a trois mois et demi. Le second malade était porteur d'un chancre induré non guéri et de papules syphilitiques, sa vérole était de date toute récente.

Seule, l'inoculation faite avec le virus prélevé sur le second malade a donné un résultat positif : deux chancres très nettement indurés de la conjonctive palpébrale avec adénopathie sous maxillaire du côté correspondant. Ceci n'a été observé que sur le macacus cynomolgus, le macacus sinicus étant mort au cours de l'expérience.

Nous pouvons donc conclure : 1° on n'a pu, avec le liquide provenant d'une gomme syphilitique (syphilis datant de huit ans) provoquer l'infection syphilitique ; 2° chez un singe inoculé avec ce liquide, on a ultérieurement, avec une lésion syphilitique jeune (papule coexistant sur le chancre), déterminé l'apparition d'un chancre induré.

On peut donc sans admettre la réinfection de la syphilis et sans nier la nature syphilitique des accidents de l'hérédo-syphi-

lis tertiaire admettre que les hérédosyphilitiques tertiaires peuvent contracter la syphilis car il y a des degrés dans la virulence des accidents de la syphilis acquise et à plus forte raison dans ceux de l'hérédosyphilis.

D'après les observations que nous rapportons on peut donc admettre que les hérédosyphilitiques tertiaires sont capables de contracter la syphilis.

---

## CHAPITRE IV

### LA SYPHILIS ACQUISE CHEZ LES HÉRÉDO-SYPHILITIQUES SECONDAIRES.

La question que nous abordons maintenant touche à un point de doctrine, à un grand problème de pathologie générale que nous ne tenterons même pas de résoudre. Parler de la syphilis acquise chez les hérédosyphilitiques secondaires, c'est poser le problème de la réinfection de la syphilis.

L'hérédosyphilis secondaire en effet ne diffère en rien de la syphilis acquise si ce n'est par le mode d'infection. La porte d'entrée n'est pas à la surface de la peau ou d'une muqueuse ; elle est dans le courant sanguin placentaire, mais à part cette absence d'accident primitif l'hérédosyphilis secondaire évolue absolument comme la syphilis acquise. Elle a, même intensité de virulence, même influence sur la descendance de l'individu frappé car actuellement et surtout depuis le rapport du Dr Edmond Fournier l'hérédosyphilis de seconde génération n'est plus à démontrer.

On ne peut donc admettre la possibilité d'une syphilis acquise chez un hérédosyphilitique secondaire sans admettre l'existence de la réinfection de la syphilis.

Nous ne possédons qu'une observation de syphilis acquise chez un sujet ayant présenté des accidents d'hérédosyphilis secondaire.

OBS. IXXII. — (W. Taylor). — *Syphilis acquise chez une hérédosyphilitique secondaire. Eruption. Plaques muqueuses. Enchifrènement.* — En avril 1870, une femme, âgée de dix-neuf

ans, mariée et mère d'une petite fille de 3 ans parfaitement saine se présente à moi pour se faire traiter à propos d'un ulcère situé sur le côté droit du nez. Cet ulcère était très profond, de forme arrondie, avait envahi une partie de la lèvre supérieure, la joue correspondante et l'aile du nez du même côté. La base était recouverte d'une croûte épaisse d'un gris brunâtre, et ses bords étaient d'un rouge foncé, taillés à pic, épais.

La malade se plaignait aussi d'un coryza avec écoulement mucopurulent, sans fétidité celui-ci aurait irrité la lèvre supérieure et déterminé l'apparition d'un bouton, qui, gratté, serait devenu le point de départ de l'ulcère. Il n'y avait pas d'adénopathie appréciable sur toute la surface du corps; mais on trouvait aux commissures de la bouche quelques lignes cicatricielles d'un caractère suspect.

Persuadé que cette femme présentait des signes évidents de syphilis héréditaire, j'instituai un traitement mixte avec une médication locale contre l'affection du nez.

Au bout de deux mois, l'ulcère était complètement cicatrisé.

Je perdis de vue la malade pendant six mois; puis je la revis accompagnée de sa mère.

Celle-ci alors me raconta, qu'elle et son mari avaient été atteints de syphilis; elle avait eu trois fausses couches avant la naissance de la malade qui fait le sujet de cette observation. Cette dernière, avait eu, pendant la première année de son enfance, une éruption, des plaques muqueuses, de l'enchifrénement. Elle est restée chétive jusqu'à l'âge de 6 ans.

Grâce à un traitement général et local, l'affection nasale fut guérie en cinq mois avec la perte d'un fragment osseux, mais sans difformité.

Dans le courant de 1885, cinq ans environ après la guérison des lésions de syphilis héréditaire, et à l'âge de 26 ans, je revis ma malade une troisième fois. Elle était couverte des pieds à la tête d'une roséole maculeuse et d'une syphilide squameuse.

Les organes génitaux externes étaient le siège d'une quantité de plaques muqueuses hypertrophiées, le pharynx en présentait aussi.

Cette syphilis contractée de son mari, avait débuté par un nodule induré de la petite lèvre droite, accompagné d'œdème induré.

En outre, alopécie notable, lésions graves des ongles, hypertrophie de tous les ganglions du corps.

Cette femme fut traitée. Plus tard elle donna naissance à un enfant bien portant âgé actuellement de deux ans.

Cette observation montre donc qu'à l'âge de 19 ans la syphilis héréditaire se manifesta chez une malade qui avait été soignée insuffisamment dans les premières années de son existence. En dépit de ces antécédents, cette même malade a été atteinte de syphilis acquise à l'âge de 26 ans.

De tels cas sont rares. M. Boeck a signalé le fait d'un enfant atteint de syphilis héréditaire qu'il revit à l'âge de 18 ans avec une syphilis acquise. Hutchinson en a rapporté deux cas, mais qui ne sont pas du tout concluants. Lang a publié l'histoire d'un malade de 35 ans qui se présenta à lui avec un chancre induré typique et des ganglions inguinaux engorgés, après avoir été atteint jusqu'à l'âge de 18 ou 20 ans d'une forme sévère de syphilis héréditaire.

Reste la question de savoir jusqu'à quel moment la syphilis héréditaire peut conférer l'immunité contre la syphilis acquise.

Mais nous ne sommes pas en mesure de résoudre un tel problème. Il est vraisemblable que la syphilis héréditaire confère une immunité contre une contamination nouvelle tant qu'elle est active, et qu'au contraire elle permet une infection au fur et à mesure qu'elle s'affaiblit et s'éteint.

Ce n'est pas sur une observation unique que l'on peut s'appuyer pour admettre la possibilité de la réinfection de la syphilis. C'est pourquoi nous signalons simplement cette observation sans en vouloir tirer de conclusion, d'autant que les accidents secondaires n'ont pas été constatés par le docteur Taylor. La mère de la malade raconta que durant la première année l'enfant avait présenté une éruption de plaques muqueuses et de l'enchifrènement. Les faits perdent de leur valeur à n'avoir pas été observés par le même médecin.

A ce propos, il est bon de rappeler la phrase qui terminait la leçon de M. le Professeur Gaucher, point de départ de ce travail : « Les seuls parmi les hérédosyphilitiques qui doivent » bénéficier de l'immunité envers la syphilis, sont ceux qui » sont atteints de syphilis infantile proprement dite, ceux » qui présentent, à la naissance ou peu de temps après, » les *accidents secondaires* caractéristiques de la syphilis » héréditaire, de l'infection syphilitique *in utero*. Ceux-là » doivent être véritablement vaccinés ou, au moins il faut » l'admettre jusqu'à preuve du contraire, jusqu'à ce qu'un

» médecin observateur comme il y a tant, vienne nous montrer, porteur d'un chancre induré, un jeune homme qu'il aurait observé lui-même à sa naissance et qui aurait été atteint vingt ans plus tôt de syphilis infantile. »

Dans une catégorie de faits, la réinfection semble cependant exister mais il est vrai de dire dans des conditions un peu spéciales. Nous voulons parler des manquements, des exceptions à la loi de Colles Baumès.

On sait que cette loi admise comme ordinairement rigoureuse peut s'énoncer ainsi. La mère d'un enfant hérédo-syphilitique du fait de l'infection de son père et paraissant absolument saine ne peut être contagionnée par son enfant est immunisée contre la syphilis. On ne peut expliquer cette sorte d'anomalie qu'en considérant la mère comme syphilitisée du fait du fœtus. On ne peut en effet imaginer qu'une mère reste absolument indemne de l'infection qui sévit dans l'organisme fœtal avec lequel elle a des échanges constants, une circulation commune. L'anomalie réside dans ce fait que le plus souvent la mère ne présente aucun accident syphilitique ultérieur.

La démonstration de la rigueur de la loi de Colle-Baumès a été faite expérimentalement par Caspary et Neumann qui tentèrent sans résultat d'inoculer la syphilis à des mères d'enfants syphilitiques du fait de leur père, et paraissant saines. Finger de 1880 à 1881 fit la même constatation et ne put inoculer la syphilis à 3 femmes différentes.

Mais cependant il existe des cas d'exception à la loi de Colles-Baumès. Ogilvie's le premier à la London Royal medical and chirurgic. Society le 28 janvier 1896 parle de ces exceptions, Hutchinson discutant la communication d'Ogilvie's considère ces cas comme des faits de réinfection syphilitique.

Pour que ces cas d'exception soient valables il faut, 1° que l'hérédo-syphilis de l'enfant soit prouvée de façon irréfutable, 2° que l'infection de la mère soit nettement postérieure à la naissance de l'enfant. Les cas que nous signalons sont pris parmi 19 cas, réunis, par Finger et remplissent ces conditions.

OBS. LXXIII. — Rostinio (1859). — Une jeune femme accouche d'un enfant présentant des symptômes de syphilis. Cet enfant infecta sa nourrice d'abord et pendant que celle-ci se guérit, il infecta sa mère.

OBS. LXXIV. — Cocchi (1858). — Une jeune femme de 20 ans est admise avec son nouveau-né syphilitique à l'hôpital. L'enfant présentait à sa naissance un exanthème syphilitique. A 6 mois, il a des plaques muqueuses des lèvres et infecte sa mère qui présente un chancre induré de la mamelle suivi d'accidents secondaires.

OBS. LXXV. — Sternthal (1897). — Une femme de 20 ans est soignée le 26 août 1895 par l'auteur pour un chancre induré de la mamelle gauche. Roséole consécutive. Cette femme a été infectée par son propre enfant. Celui-ci âgé de 8 semaines, né bien portant présentait 3 ou 4 jours après sa naissance, un exanthème pustuleux et le 26 août un exanthème pustuleux très étendu, des papules à l'anus, des plaques au coin de la bouche et du coryza.

Nous ne citons que ces trois cas qui semblent probants et qui soulèvent des problèmes que nous ne saurions résoudre. Ou bien il faut admettre l'hérédité uniquement paternelle, ce qui est bien difficile, dès que l'hérédo-syphilis se manifeste par autre chose que des dystrophies, ou bien il faut admettre que du fait du fœtus la mère peut être infectée, soit d'une syphilis conceptionnelle, forme grave de l'infection, soit d'une syphilis latente sans accident, forme légère conférant une immunité passagère seulement.

Il s'agirait dans cette dernière hypothèse d'une syphilis du même ordre que la syphilis acquise chez les héréditaires, syphilis se développant sur un terrain déjà touché par une infection syphilitique, mais une infection légère ne conférant qu'une immunité passagère.

Si nous voulions aller plus loin il nous faudrait admettre la réinfection syphilitique. C'est là une question de doctrine contraire à la doctrine de l'école française. Il faut reconnaître que les cas indiscutables de réinfection syphilitique sont infiniment rares. Il en existe un ou deux cas dans la science, Tarnowski en a publié un cas (Wratch 1898) qui

d'après l'observation et sous le couvert de l'autorité de l'auteur, semble indiscutable.

De toute façon il ne peut s'agir que d'exceptions qui n'attaquent pas l'opinion de l'Ecole française. D'ailleurs la syphilis comme la plupart des maladies infectieuses ne récidive pas ; mais aussi comme ces maladies, elle doit être susceptible de récidives exceptionnelles.

La rougeole, la scarlatine, la fièvre typhoïde, les oreillons, etc..., ne récidivent pas et cependant on connaît quelques cas de récidives pour chacune de ces affections.

Nous pouvons donc dire en terminant ce chapitre qu'on n'a pas constaté jusqu'ici de cas de syphilis, contractée par des hérédo-syphilitiques secondaires. On peut prévoir d'ailleurs, que des cas semblables seraient des exceptions qui ne changeraient rien à l'opinion actuellement reçue.

---

## CONCLUSIONS

On n'admet pas en général que la syphilis puisse être contractée par des hérédosyphilitiques.

Le Professeur Gaucher dans ses leçons professées à l'hôpital Saint-Louis pendant l'année 1904 divise la syphilis héréditaire d'après ses manifestations en quatre classes : l'hérédosyphilis secondaire, l'hérédosyphilis tertiaire, l'hérédosyphilis quaternaire qui est caractérisée par des manifestations parasymphilitiques et l'hérédosyphilis quintaire qui est caractérisée par des dystrophies.

Ces différents aspects cliniques de l'hérédosyphilis correspondent à des degrés dans la virulence de l'affection.

Les descendants de syphilitiques n'ayant jamais présenté d'antécédents de syphilis héréditaire contractent la syphilis comme les individus indemnes de toute tare héréditaire. Cette notion est admise.

Ils contractent aussi facilement la syphilis, même dans les cas où le père présente des accidents syphilitiques après leur naissance.

Il y a des descendants de syphilitiques non guéris qui ne sont pas syphilitiques.

Les hérédosyphilitiques quaternaires et quintaires contractent la syphilis comme les individus normaux. L'hérédosyphilis quaternaire et quintaire a en effet une virulence très atténuée.

Les hérédosyphilitiques tertiaires peuvent contracter la syphilis. Nous apportons des observations de cas de ce genre. Ces faits sont encore contestés. On en connaît peu d'exemples.

Jusqu'à présent on n'a pas constaté des cas de syphilis contractée par des hérédosyphilitiques secondaires. Des cas semblables poseraient le problème de la réinfection syphilitique.

*Vu : le Président,*  
E. GAUCHER.

*Vu : le Doyen,*  
M. DEBOVE.

*Vu et permis d'imprimer :*  
*Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,*  
L. LIARD.

---

## TABLE DES MATIÈRES.

---

|                                                                                                                                             | PAGES |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| INTRODUCTION . . . . .                                                                                                                      | 9     |
| CHAPITRE I. — La syphilis acquise chez les descendants syphilitiques<br>n'ayant jamais présenté d'accident de syphilis héréditaire. . . . . | 17    |
| CHAPITRE II. — La syphilis acquise chez les hérédosyphilitiques<br>quarténaires et quinquaires. . . . .                                     | 32    |
| CHAPITRE III. — La syphilis acquise chez les hérédosyphilitiques<br>tertiaires. . . . .                                                     | 64    |
| CHAPITRE IV. — La syphilis acquise chez les hérédosyphilitiques<br>secondaires. . . . .                                                     | 80    |
| CONCLUSIONS . . . . .                                                                                                                       | 84    |

---

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

